

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Freien Universität Berlin
(Direktor: Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Heinz Goerke)

CURT ADAM
(1875–1941)
BERLINER OPHTHALMOLOGE
UND
DIREKTOR DES KAISERIN FRIEDRICH-HAUSES

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Gisela Gillhoff
aus Neustrelitz

1969

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Freien Universität Berlin
(Direktor: Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Heinz Goerke)

CURT ADAM
(1875-1941)

Berliner Ophthalmologe
und
Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an der
Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Gisela Gillhoff
aus Neustrelitz

Dekan: Professor Dr. med. Herbert Lax

Referent: Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Heinz Goerke

Korreferent: Professor Dr. med. Josef Wollensak



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Freien Universität Berlin.

Promoviert am: 4.11.1969

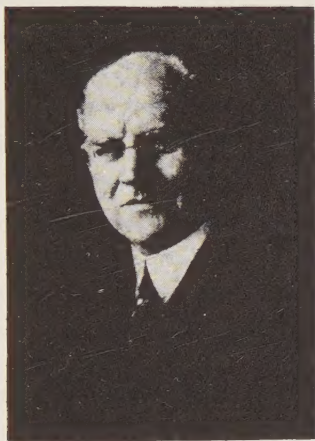
INHALTSVERZEICHNIS

A. LEBEN	Seite 6
B. VERÖFFENTLICHUNGEN ZU EINZELNEN TÄTIGKEITSBEREICHEN	
1) Augenheilkunde	
a. Lehrbücher	14
b. Spezialgebiete innerhalb der Ophthalmologie :	
1. Mechanik orbitaler Schußverletzungen, Augenverletzungen im Krieg	16
2. Strabismus	21
3. Blennorrhoe	29
c. Beziehungen zwischen Augenheilkunde und	
1. Geburtshilfe	35
2. Versicherungsmedizin	41
d. Beiträge zur Geschichte der Augenheilkunde	42
2) Ärztliches Fortbildungswesen	
a. Vorwort	44
b. Anfänge (Geschichtliche Daten, Vorbemerkungen)	45
c. Innerer Ausbau	54
d. Arbeitsweise der gefestigten Organisationen	56
e. Im Wandel der Zeit-Anpassung an äußere Bedingungen	
1. Krieg - Beginn der Amtszeit Adams	62
2. Nachkrieg	64
3. Inflation	66
4. 1933 und Folgezeit	
a) Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung	72
b) Kaiserin Friedrich-Haus	77
c) Pflichtfortbildung	79
d) "Synthese", "Schulung"	81
f. Vergleich des deutschen mit dem ausländischen Fortbildungswesen	86
g. Ausländische Ärzte in Deutschland	87
h. Internationale Fortbildungsorganisationen	91



Digitized by the Internet Archive
in 2026

3) Hygienische Volksbelehrung	Seite
a. Prinzipien, Aufgaben und Ziele	96
b. Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung	
1.) Struktur	102
2.) Die Hauptmittler der hygienischen Volks- belehrung	
1. Schule	
a) Volksschule	107
b) Berufsschule	108
Hygiene-Lehrbücher	110
c) Volkshochschule	112
2. Presse	113
3. Rundfunk	115
4. Film und Theater	116
3.) In eigener Regie:	
1. Verzeichnisse	120
2. Schriften (Eigenes Material)	121
3. Vermittlungstätigkeit	123
4. Einzelgebiete	123
5. Adams Teilnahme an Veranstaltungen; Vorträge	124
c. Reichsgesundheitswoche und Gesundheitsfeldzug auf dem Lande	126
d. Deutsches Hygiene-Museum	132
C. ZUSAMMENFASSUNG	138
D. ANMERKUNGEN	141
E. LITERATUR	203



Alman

A. LEBEN.

Curt Franz Otto Christoph ADAM, evangelischer Konfession, wurde am 11. Mai 1875 in Berlin als Sohn des Kaufmanns Franz ADAM und seiner Ehefrau Ottilie geb. SCHLAWITZ geboren (1). Er besuchte in Berlin das Luisenstädtische Gymnasium und legte dort am 17. September 1895 die Reifeprüfung ab. Anschließend studierte er im Winter 1895/96 ein Semester Jura und widmete sich seit dem Sommer 1896 der Medizin an der Universität Marburg, danach weitere 8 Semester an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin. Hier bestand er am 5. März 1899 die ärztliche Vorprüfung. Nach Beendigung des Medizinstudiums hielt er sich eineinhalb Jahre "teils als Patient, teils in ärztlicher Function" in Lungenheilstätten in Arosa und Davos auf (2).

Wieder in Deutschland, bestand er dann am 28. Juli 1902 in Freiburg i.Br. das medizinische Staatsexamen. Er promovierte in Berlin am 16. März 1903 über das Thema "Die Behandlung der Leistenbubonen" (3). Nach dem Examen unternahm ADAM eine mehrmonatige wissenschaftliche Reise nach Rußland, war einige Zeit an der Medizinischen Klinik v. LEYDENS (4), danach als Schiffsarzt tätig, bis er seine Spezialausbildung als Assistent an der Berliner Universitäts-Augenklinik unter der Leitung von Julius v. MICHEL (5) begann (6). Am 21. Dezember 1910 habilitierte er sich dort mit einer Arbeit "Über lichtgebende und lichtempfindliche Organe" (7) und wurde Privatdozent. ADAM war klinisch zuletzt als Oberarzt tätig und hat auch längere Zeit als Konsiliarius der Universitäts-Frauenklinik gewirkt (8). Als Privatdozent ließ er sich in Berlin als Augenarzt nieder und hat in seiner Wohnung in der Händelallee bis etwa zwei bis drei Jahre vor seinem Tode eine "Praxis aurea" geführt (9). 1914 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. Bis 1940 hat er in den Räumen des Kaiserin Friedrich-Hauses einen Augenspiegelkurs und einen

Brillenkurs abgehalten (10). Bereits als Assistent hat ADAM mehrere Lehrbücher geschrieben (11).

Schon als Privatdozent übernahm er die Schriftführung der "Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin" (12). Das große Interesse, das ADAM bereits auch in seiner Lehrtätigkeit (13) der ärztlichen Fortbildung entgegengebracht hatte, veranlaßte das Kuratorium der Kaiserin Friedrich-Stiftung (14), ihn am 19. Dezember 1913 als Nachfolger KUTNERS (15) zum Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses (16) zu wählen. Offiziell zum 1. Januar 1914 übernahm ADAM damit praktisch die Leitung des ärztlichen Fortbildungswesens in Deutschland, indem er in Personalunion die Ämter des "Generalsekretärs des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen", des "Generalsekretärs des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen" innehatte sowie vom Kultusministerium zum Vorsteher der "Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel" und ihrer medikohistorischen Abteilung (17) ernannt war. Gleichzeitig übernahm er die Schriftleitung (18) der "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" (19). Im Vorwort des ersten Heftes hatten KUTNER, v. BERGMANN (20) und KIRCHNER (21) deren Aufgaben umrissen:

"... soll die neue Zeitschrift ... eine Ergänzung der Kurse dadurch geben, daß sie dem praktischen Arzte das Lehrmaterial in der für ihn besonders geeigneten Form zusammenfassender Aufsätze darbietet. Auf alle Sondergebiete sich erstreckend, sollen letztere jeweils eine für die ärztliche Praxis wichtige Frage so umfassend behandeln, daß der Leser von dem gegenwärtigen Stande ein klares und für die Nutzenanwendung brauchbares Bild erhält. Die Zeitschrift soll also nicht mit jenen medizinischen Journalen in Wettbewerb treten, welche - wie heute die meisten - vorwiegend Publikationen von Spezialarbeiten auf Grund eigener Beobachtungen (Forschungsergebnisse und Kasuistik) enthalten. Ohne letztere etwa gänzlich auszuschließen, will sie doch auf die erwähnten zusammenfassenden Arbeiten hervorragender Autoren den Schwerpunkt legen, welche den praktischen Arzt fortlaufend über alles wirklich Wissenswerte informieren und ihm das für die Ausübung seines Berufes erforderliche Rüstzeug liefern" (22).

Durch ADAMS Geschick in der Auswahl seiner Mitarbeiter und durch eigene, allerdings zum größten Teil aus anderen Publikationsorganen übernommene Beiträge - von rund 800 mit ADAMS Namen versehenen bzw. verbundenen Beiträgen und Artikeln sind vergleichsweise verschwindend wenige, etwa neun, als Originalarbeiten zu bezeichnen - war die Zeitschrift stets den Erfordernissen der Zeit und den Bedürfnissen des praktischen Arztes angepaßt, so daß ihre Tradition gewahrt blieb. Sie entwickelte sich unter ADAMS Redaktion zu einer der angesehensten und auflagenstärksten medizinischen Zeitschriften Deutschlands und fand auch viele Leser im Ausland. So wurde sie im Laufe der Jahrzehnte mit Curt ADAM zu einem Begriff, der fast synonym mit ärztlicher Fortbildung war (23).

Von nun an nahm die Tätigkeit für das ärztliche Fortbildungswesen das Hauptgewicht in ADAMS Wirken ein.

Der Ausbruch des Ersten Weltkrieges (24) verlangte sofortige Anpassung der Ärztefortbildung, und ADAM schuf in Zusammenarbeit mit den zuständigen Heeresdienststellen "Orientierungskurse für freiwillige Kriegsärzte", u. a. über "Kriegschirurgie", "Erkennung und Behandlung von Kriegsseuchen", "Nachbehandlung von Kriegsverletzungen und Kriegskrankheiten in den Heimatlazaretten", "Kieferverletzungen", "Militärärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete des Ersatzwesens". Auch Kurse dicht hinter der Front hat er auf den verschiedenen Kriegsschauplätzen organisiert.

Nach dem Kriege mußten im Kaiserin Friedrich-Haus unverzüglich Kurse für die notbestallten Ärzte eingerichtet werden. Den praktischen Ärzten mußten vor allem Fortbildungskurse über Tuberkulose, Lues und alle Gebiete der praktischen Medizin geboten werden, damit sie sich erfolgreich an der Bekämpfung der Volkskrankheiten beteiligen konnten.

Neben die ärztliche Fortbildung tritt nun die Sozialhygiene gleichrangig in ADAMS Interessengebiet ein. Beide Gebiete, das Fortbildungswesen und die Gesundheitsbelehrung des Volkes, waren durch ihr gemeinsames Ziel eng miteinander verbunden. Denn beide dienten der öffentlichen Gesundheitspflege.

Insgesamt nahmen jährlich rund 8000 bis 9000 Ärzte an den von ADAM organisierten Fortbildungsveranstaltungen teil, das war in den Jahren 1928 bzw. 1931 etwa die Hälfte bzw. ein Drittel der gesamten Ärzteschaft Deutschlands. (Zahlenmäßig trat somit nach Einführung der Pflichtfortbildung keine günstigere Situation ein, weil jeder Fortbildungspflichtige nur alle fünf Jahre einen Kurs besuchen sollte.) Als während der Inflationszeit der Fortbestand des Kaiserin Friedrich-Hauses stark gefährdet war, bewies ADAM seine kaufmännische Begabung. Ohne dieses finanzielle Geschick, das schon KUTNER, den ersten Direktor des Hauses, ausgezeichnet hatte, wäre eine selbständige Finanzierung des Kaiserin Friedrich-Hauses niemals möglich gewesen (25).

In den Jahren vor 1933 bahnte sich auch im ärztlichen Fortbildungswesen eine tiefgreifende Umstrukturierung und Ideologisierung an. Aus der "Dozentenvereinigung" und der "Berliner lokalen Vereinigung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen" entstand die "Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung" (26), die dann der 1936 geschaffenen Reichsärztekammer unterstellt wurde. ADAM blieb Geschäftsführer, und er wurde mit der Organisation weiterer derartiger Akademien im übrigen Reich beauftragt (27). Die Kompetenzen der Berliner Akademie wurden in den ersten Jahren ihres Bestehens soweit eingengt, daß ADAM in ihrem Rahmen im Jahre 1937 nur noch "das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, abgesehen von der Pflichtfortbildung", betreute (28). Äußerungen ADAMS speziell zu dieser Entwicklung waren nicht nachzuweisen. Die Pflichtfortbildung als wirksamste Form ärztlicher Weiterbildung

hat ADAM aber schon früh befürwortet und deshalb bei ihrer Einführung begrüßt (29). RAMM (30) "rühmt" im Jahre 1941 in der Gedächtnisrede vor der Berliner medizinischen Gesellschaft ADAMS großes Verdienst, "den Fortbildungswillen des Arztes in so ausgezeichnete Weise geweckt zu haben, daß bei der Machtübernahme die Einrichtung der Pflichtfortbildung von der gesamten Ärzteschaft als eine Selbstverständlichkeit aufgenommen wurde und damit der Boden für die nunmehr einsetzende Großplanung der ärztlichen Fortbildung vorbereitet war" (31). Noch deutlicher formuliert BLOME (32):

"Als nach der Machtübernahme auch der Gedanke der dauernden systematischen Fortbildung der deutschen Ärzte mit neuer Aktivität erfüllt wurde, war Professor Adam in meiner damaligen Eigenschaft als Beauftragter für das ärztliche Fortbildungswesen einer meiner engsten Mitarbeiter. Die Aufgeschlossenheit seines Wesens und die Bereitwilligkeit, neuen Ideen zu folgen, befähigten ihn, freudig mitzugehen, als Tempo und Umfang der gesamten ärztlichen Fortbildungsarbeit den nationalsozialistischen Anforderungen angepaßt wurden" (33).

ADAM hat die ärztlich-medizinischen und organisatorischen Belange des Fortbildungswesens, die ihn schon zwei Jahrzehnte fast ausschließlich beansprucht hatten, im Rahmen des Möglichen weitergeführt. Er brauchte sich dazu sicher keinen besonderen "Anforderungen" anzupassen.

Nicht nur für Deutschland war ADAM ein Wegbereiter des ärztlichen Fortbildungswesens. Beziehungen zum Ausland knüpfte er einmal durch die regelmäßige Organisation von ärztlichen Spezialkursen, die im Frühjahr und Herbst im Kaiserin Friedrich-Hause stattfanden. Gleich nach dem Ersten Weltkrieg beteiligte er sich auch an der Gründung und Organisation der medizinischen Gruppe der "Waffenbrüderlichen Vereinigung Deutschlands, Österreichs und Ungarns". Diese Vereinigung verfolgte neben politischen Zielen den Zweck, die Ärzte nach Kriegsende auf die gesundheitlichen Friedensaufgaben vorzubereiten. ADAM wurde

Geschäftsführer der ärztlichen Abteilung (34). Ganz besonders konnte ADAM die internationale Zusammenarbeit aber fördern, weil er bereits 1914 auch das Generalsekretariat des "Internationalen Comitees für das ärztliche Fortbildungswesen" von KUTNER übernommen hatte. Dieses Comitee war 1909 in Budapest gegründet worden und hatte 1913 seinen zweiten Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen in London abgehalten. Auf dem dritten Internationalen Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen vom 21. bis 25. August 1937 in Berlin, den ADAM federführend leitete, beschlossen 44 Nationen die Konstituierung einer Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen, deren Generalsekretär wiederum ADAM wurde. Die Akademie konstituierte sich ein Jahr darauf, am 24. April 1938 in Budapest (35). Fast alle Länder der Welt waren in der Akademie vertreten. Daß ADAM zum Generalsekretär und Berlin als Sitz des ständigen Büros gewählt wurde, konnte als Beweis internationaler Anerkennung dieser Stätte ärztlichen Fortbildungswesens gewertet werden (36). Als Geschäftsführer der "Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen" (37) hat ADAM regelmäßig Exkursionen organisiert, die u. a. nach Amerika führten zum Studium neuester Forschungseinrichtungen, nach Italien und zuletzt noch nach Griechenland (38). 1930 folgte er einer Einladung des russischen Volkskommissariats und lernte die sowjetische Gesundheitspropaganda kennen (39).

Nach Ende des Ersten Weltkrieges, als der Gesundheitszustand des deutschen Volkes einen Tiefpunkt erreicht hatte, setzte gleichzeitig mit einer Intensivierung und Neuorientierung der ärztlichen Fortbildung, besonders in Bezug auf die Volkskrankheiten, auch die Arbeit auf dem Gebiet der präventiven Gesundheitspolitik ein. Auch auf diesem Gebiet erwarb sich ADAM große Verdienste. Als im Jahre 1925 der 1921 gegründete "Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung" von Dresden nach Berlin verlegt wurde, übernahm ADAM auch hier das Generalsekretariat

(40), nachdem er schon jahrelang den von ihm 1919 gegründeten "Preußischen Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung" ebenfalls als Generalsekretär geleitet hatte (41). Bereits 1926 konnte ADAM eine großangelegte Werbeaktion, die "Reichsgesundheitswoche", organisieren, in der über 3000 meist von Ärzten geleitete Arbeitsgemeinschaften gegründet wurden. Die von der Zentrale angeregten Veranstaltungen wurden hier regelmäßig und systematisch durchgeführt (42). Um möglichst die gesamte Bevölkerung zu belehren, propagierte ADAM die Einführung besonderer ministerieller Richtlinien für die gesundheitliche Erziehung an allen Schulen. An den pädagogischen Akademien sollte Hygiene als Pflichtfach eingeführt werden. "In einigen grundlegenden Lehrbüchern der Gesundheitspflege für die verschiedenen Schulgattungen hat er in Gemeinschaft mit dem Berliner Schulhygieniker LORENTZ (43) den Pädagogen das Material für einen zeitgemäßen Gesundheitsunterricht an die Hand gegeben" (44).

Erwähnt sei noch ADAMS Mitgliedschaft im Landesgesundheitsrat in Preußen und im Reichsgesundheitsrat seit 1920. Außerdem war er Vorstandsmitglied zahlreicher wissenschaftlicher und ärztlich-sozialer Vereine. Insbesondere gehörte er seit 1914 der Berliner medizinischen Gesellschaft an. 1927 wurde er Mitglied der Aufnahmekommission, 1928 Redakteur und Schriftführer und im gleichen Jahr noch Mitglied des Vorstandes als stellvertretender Schriftführer. Am 19. Februar 1930 übernahm er dann die geschäftsführende Schriftleitung und war damit ständiger Sekretär der Berliner medizinischen Gesellschaft. ZINN rühmt ihm nach:

"In diesem verantwortungsvollen Amt wurde ADAM alsbald die rechte Hand des ersten Vorsitzenden und entfaltete im Verein mit diesem eine erfolgreiche Tätigkeit für die Berliner Medizinische Gesellschaft. Gestützt auf seine große Personen- und Sachkenntnis konnte ADAM immer wieder geeignete Vorschläge machen und Anregungen geben, um zur Behandlung aktueller Fragen geeignete Redner und beste Kenner der betreffenden Gebiete zu gewinnen" (45).

Ermöglicht wurde die umfangreiche organisatorische Arbeit ADAMS durch seine zunehmende Erfahrung in Verwaltung und Buchführung sowie durch seine ausgeprägte kaufmännische Begabung. Sehr günstig für seine gesamte Tätigkeit wirkten sich seine umfassenden Sprachkenntnisse aus (46).

"Seine persönlichen Beziehungen zu Gelehrten des In- und Auslandes, gefördert durch seine Gastfreiheit und seinen Humor" (47), kamen jedem einzelnen seiner Ämter zugute.

"Als Pionier für die internationale ärztliche Zusammenarbeit, nicht zum wenigsten auch wegen seiner persönlichen Liebenswürdigkeit und seiner umfassenden Sprachkenntnisse war er überall im Ausland beliebt und geschätzt" (48).

ADAM starb am 9. Januar 1941 in Berlin (49) "nach einem kurzen und schweren Krankenlager, dem allerdings eine nur wenigen bekannte, mit großer Geduld ertragene lange Leidenszeit vorangegangen war" (50). Fünf Jahre vor seinem Tode war ihm eine Niere operativ entfernt worden (51).

RAMM sagt im Nachruf:

"Neben seinem ärztlichen und organisatorischen Wirken, das von hohen Qualitäten zeugt, sei aber auch des Menschen ADAM gedacht.

Ehrenhaft, hilfsbereit, gütig, treu und verantwortungsbewußt, edel in der Gesinnung, naturliebend und begeistert für alles Schöne und Große, so habe ich ihn als Persönlichkeit und als meinen Mitarbeiter gesehen und geschätzt. Was er an Werten auf dem Gebiet der Fortbildung des deutschen Arztes geschaffen und als Erbe hinterlassen hat, wird heute, morgen und in nächster Zukunft nicht vergessen sein" (52).

Und BASTIANELLI rühmt: "Professor ADAM war ein Mann der Tat ..." (53).

B. VERÖFFENTLICHUNGEN ZU EINZELNEN TÄTIGKEITS-
BEREICHEN.

1) Augenheilkunde.

a. Lehrbücher.

"Das Auge als das köstlichste Organ des Körpers" (54) hat ADAM zum Gegenstand seiner ärztlichen Fachrichtung gewählt. Bald nach dem Staatsexamen spezialisierte er sich für die Ophthalmologie. Daß er schon im Jahre 1909 zwei kurze Lehrbücher über Augenheilkunde für praktische Ärzte geschrieben hat, denen 1912 das dritte folgte, beweist ADAMS schnelle Einarbeitung in sein Fach und ebenso seine Einsicht in die Notwendigkeiten der Praxis.

Das "Therapeutische Taschenbuch für die Augenpraxis" (55) sollte der schnellen Orientierung des praktischen Arztes über die Wahl eines Heilmittels dienen, berührt aber auch jeweils kurz die Differentialdiagnose. Der Ersten Hilfe bei Augenverletzungen wird ein besonders breiter Raum gewidmet, etwa 50 von insgesamt 250 Seiten. Die Behandlung der "Blennorrhoe", des "concomitierenden Schielens" und der "Schußverletzungen" hat ADAM hier wie in zahlreichen um diese Zeit von ihm verfaßten Zeitschriftenbeiträgen mit besonderem Interesse beschrieben. Daß das Buch eine Lücke in der damaligen ophthalmologischen Literatur traf, zeigte die schon 1910 notwendige Neuauflage; ebenso die Übersetzungen ins Englische, Französische und Spanische (56).

1909 erschien als zweites das "Taschenbuch der Augenheilkunde" (57), ebenfalls für den praktischen Arzt bestimmt, außerdem für Studenten. Großen Wert legt ADAM hier auf die Beziehungen zu Allgemeinkrankheiten. Der Erfolg dieses Lehrbuches war noch durchschlagender. Es wurde in fünf Sprachen übersetzt und erlebte in kürzester Zeit fünf Auflagen (58). Das Echo, das das

Werk in der medizinischen Fachwelt hervorrief, charakterisierte KÖLLNER so:

"Das glänzende Geschick des Verfassers, aus der Fülle des bearbeiteten Stoffes überall nur das herauszuheben, was für den Praktiker wirklich von Bedeutung ist, das weniger Wichtige zurücktreten zu lassen und alle Anweisungen kurz, klar und bestimmt zu geben, haben dem Taschenbuch den hervorragenden Erfolg gebracht, den alle, welche dem Verfasser nahestanden, voraussagen konnten. ... Die Gefahr, daß ein so umfangreicher Stoff im kleinen Rahmen einerseits leicht unvollständig und schematisch dargestellt erscheint, andererseits an Verständnis einbüßt, ist meisterhaft vermieden. Überall ist die Darstellung leicht faßlich, klar und frisch. In dieser Form und in diesem Umfang ist dem Taschenbuch in der ophthalmologischen Literatur nichts Ähnliches an die Seite zu stellen" (59).

Auch die "Ophthalmoskopische Diagnostik an der Hand typischer Augenhintergrundsbilder" (60) stammte mit ihren 86 mehrfarbigen und 18 Textabbildungen noch aus der Schule v. MICHELS. Auch hier stehen die Beziehungen zwischen Augen- und Allgemeinleiden wieder im Vordergrund des Interesses. Ziel des Werkes ist die Anleitung zu exakter Diagnosenstellung, wozu bildliche Darstellung und Text gleichrangig beitragen. Einteilungsprinzip ist nicht der klinische Krankheitsbegriff, sondern das ophthalmoskopische Symptom. Insofern schließt sich ADAM der Darstellung der ophthalmoskopischen Differentialdiagnose ELSCHNIGS (61) im Lehrbuch von AXENFELD (62) an, der diesem Prinzip erstmals gefolgt war. Das Buch wurde ins Englische (63), Französische und Russische übersetzt.

b. Spezialgebiete innerhalb der Ophthalmologie.

1. Mechanik orbitaler Schußverletzungen, Augenverletzungen im Krieg.

Das einzige Gebiet, das ADAM experimentell bearbeitete, betraf die Wirkungsweise orbitaler Schußverletzungen. Damals war der Schläfenschuß eine bevorzugte Suizidmethode. Mit Ausbruch des Weltkrieges gewannen die Vorstellungen, die ADAM hier entwickelte, aber auch breiteres praktisches Interesse bei der Diagnostizierung und Therapie von Kriegsverletzungen des Auges.

Erstmals referierte ADAM über dieses Thema vor der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft am 25. Februar 1909 (64). Er verglich die Orbita mit der ebenfalls von flüssigkeitsreichen Geweben gefüllten und allseits geschlossenen Schädelhöhle und deutete die Wirkung von Schußverletzungen als Sprengwirkung.

Der ausführlichste Bericht folgte 1911 (65). Zunächst besprach ADAM eingehend die Unterschiede der einzelnen Sehnervenverletzungen, je nachdem, ob sie durch einen von vorn her eindringenden Gegenstand oder durch ein seitlich durch die Orbita treffendes Geschoß bedingt sind. Bei den "Stockstoß"-Verletzungen sind nicht nur der Sehnerv, sondern auch die Aderhaut und Netzhaut verändert; es resultiert schließlich das Bild der Chorioretinitis proliferans.

Die bis dahin geltenden Theorien über das Zustandekommen dieser Veränderungen - das Bild der chorioretinitisartigen Wucherungen wurde z.B. von GOLDZIEHER (66) als Folge von Zerreißen der Ciliargefäße und -nerven, von anderen als Streifschußfolge und als Folge von Netzhautblutungen gedeutet - verwarf ADAM anhand von zahlreichen Literaturstellen und setzte seine Theorie der sich senkrecht zum Schußkanal fortpflanzenden Sprengwirkung als Erklärung für alle Befunde an ihre Stelle. Zur Begründung

erörterte er einmal Befunde an den Orbitalwänden. Seine theoretischen Erwägungen fand er z.B. an Schädeln der Sammlung der Kaiser-Wilhelms-Akademie bestätigt. Die Orbitalwände zeigten im Gegensatz zu den Nasennebenhöhlenbegrenzungen nicht nur direkte, sondern auch indirekte Schußfolgen, eben auf Grund der Sprengwirkung des Geschosses, die in flüssigem Medium, nicht dagegen in pneumatischem auftritt. Die dann dargelegten Folgen des Schusses auf den Bulbus als Ganzes bewies ADAM experimentell: Schießversuche auf ein Modell der Orbita ergaben eine Propulsion und Abplattung oder Eindellung des hinteren Pols. Die theoretisch als Folge dieser Formveränderung geforderte Erhöhung des intraokularen Drucks sollte nun an Hand von Schießversuchen am lebenden Tier (!) und an Leichen gemessen werden, da hierfür die spezifischen Verhältnisse, z.B. Elastizität der einzelnen Wandschichten des Bulbus, entscheidend waren. Von den Versuchen an Hunden erwartete ADAM ein negatives Ergebnis, denn die wirksame Sprengung setzte das Vorhandensein einer allseitig geschlossenen Orbita voraus.

"Die Versuche an anderen Tieren (als an Affen) mußten also schon von vornherein als ungeeignet zum Vergleich mit den Vorgängen in der menschlichen Orbita erscheinen. Zwar kann kein Zweifel darüber herrschen, daß auch der Inhalt der offenen Orbita eine Sprengwirkung bei der Durchschießung zeigen wird, ähnlich wie das Fettgewebe der Haut, aber sie wird sich vollziehen, ohne einen ernstlichen Einfluß auf den Bulbus zu zeigen, da der Kraft viel größere und weniger Widerstand bietende Wege nach hinten und unten zu Gebote stehen, als nach vorn.

Trotzdem hielt ich es für wesentlich, auch diese Prüfung vorzunehmen, um so mehr, als auch das wie vorausszusehen negative Ergebnis von wesentlicher Bedeutung für meine Beweisführung sein mußte. Ließ sich doch dadurch zeigen, daß, wenn es gelang, die Ciliargefäße und Nerven zu durchschießen, ohne daß eine Wirkung auf den Bulbus eintrat, die Theorie GOLDZIEHERS hinfällig sein mußte" (67).

Die Schießversuche auf Leichen begannen dramatisch, da "die Kugel der kleinen Browningpistole nach mehrfachem Rikoschettieren an den glatten Zimmerwänden dicht neben dem Schützen nieder-

fiel" (68). Weitere Schüsse brachten auch nur prinzipielle und keine exakt zahlenmäßigen Ergebnisse, weil für die Messung der Druckerhöhung trotz vieler Bemühungen kein brauchbares Instrument entwickelt werden konnte; die Propulsionsstrecke wurde aber in einem Fall gemessen und betrug 4 mm.

Bei Besprechung der Wirkung auf die einzelnen Augenteile betonte ADAM vor allem die Folgen für Aderhaut und Netzhaut, die er zu Anfang in allen Einzelheiten beschrieben hatte. Die Besonderheit, daß die Befunde an Lebenden umfangreicher als die an Leichen sind, erklärt er damit, daß ein Schläfenschuß mit tödlichen Gehirnverletzungen horizontal und schräg nach hinten gerichtet sein muß und so, wenn überhaupt, die Orbita nur nahe der Spitze treffen kann.

"Ein weiterer Beitrag zur Mechanik der orbitalen Querschußverletzungen" erschien 9 Jahre später im Jahre 1920 (69). CRANZ (70), der Erfinder des ballistischen Kinematographen - mit diesem sind 5000 Aufnahmen pro Sekunde statt nur 30 möglich - hatte die Wirkung eines Infanteriegeschosses auf einen Lehmklumpen untersucht, die mit der Wirkung auf die Orbita übereinstimmt. Da aber in der Orbita dem Augapfel durch seine Befestigung ein Widerstand gegen die Explosionswirkung gegenübersteht, kann der Bulbus aus der Orbita nur dann herausgeschleudert werden, wenn Sehnerv und gerade Augenmuskeln durchschnitten werden, also die Orbitaspitze getroffen ist. Die Wirkung im Bulbus selbst wurde klar demonstriert durch einen Film über die Wirkung eines Geschosses auf eine wassergefüllte Gummiblase. Hier wie dort zeigte das Bild beim Nahen des Geschosses zunächst eine Bewegung der Masse in Richtung des Geschosses und schließlich nach allen Seiten als Ausdruck der Explosionswirkung.

Zuletzt rückte ADAM hiermit also, im Gegensatz zu seinen früheren Veröffentlichungen, auch die direkte Verletzung des Bulbus ins Blickfeld.

Im November 1914 veröffentlichte ADAM seine Erfahrungen über Kriegsverletzungen des Auges (71). Er war während des zweiten Balkankrieges im Jahre 1913 dirigierender Arzt der Augenabteilung des Militärhospitals in Belgrad gewesen. Die Veröffentlichung galt wiederum nicht Spezialisten, sondern diesmal den chirurgisch tätigen Lazarettärzten. ADAM hatte am 10. August 1914 auf dem geplanten internationalen Ophthalmologenkongreß in Rußland seine Ausführungen vortragen wollen und schrieb:

"Jetzt kommen sie hoffentlich den ruhmwürdigen Kriegern unserer verbündeten Armeen im Kampfe mit jenen Mächten zugute" (72).

Zur weiteren Verbreitung wurde die Arbeit auch in der "Medizinischen Klinik" in sieben Fortsetzungen fast vollständig abgedruckt (73). Im allgemeinen Teil kommt ADAM noch einmal auf die Mechanik der Geschoßwirkungen zurück, und zwar auf die Sprengwirkung eines stark rasanten Geschosses auf Orbitalinhalt und Bulbus, außerdem auf die Granatexplosionswirkung auf das Auge, die er als Folge der Contusio cerebri, hier in Form von Blutungen im Bereich der Sehrinde, deutete. Weiterhin erörterte er das Zustandekommen und die Prognose der Augenverletzungen durch die verschiedenen Geschoßarten: Artilleriegeschosse (Sprengstücke, Schrapnellkugeln), Gewehr-kugeln (je nach Lage des Schußkanals), fortgeschleuderte Gegenstände (wie Stein-, Holz- und Metallsplitter) sowie durch Bajonette und explodierende Granaten.

Den speziellen Teil bildet die Schilderung der Verletzungsmöglichkeiten der einzelnen Augenabschnitte: Lider, Bindehaut, Bulbus als Ganzes, einzelne Teile des Bulbus und die Orbita mit ihren einzelnen Gebilden sowie ihrer Wandung. Anschließend erläutert ADAM die Beeinflussung der Augenfunktionen durch Hirn- und Schädelverletzungen. Dabei könne einmal die Sehrinde verletzt oder das Auge durch die Explosionswirkung von rasanten Hirnschüssen sekundär in Mitleidenschaft gezogen sein.

Im dritten Teil gibt ADAM genaue Richtlinien für die schrittweise Untersuchung und Diagnostik bei Augenverletzungen. Man müsse beachten, ob die Verletzung penetrierend sei, welche Teile des inneren Auges verletzt seien, ob der Sehnerv betroffen sei und ob eine Schädelverletzung vorliege. Außerdem müsse der Zustand der Orbitalknochen und der Augenmuskeln geprüft sowie auf einen etwaigen Exophthalmus und eventuell vorhandene Fremdkörper geachtet werden.

Im letzten Teil gibt ADAM therapeutische Ratschläge und bespricht Indikationen für die Enukleation. Durch zahlreiche Befunde und instruktive Abbildungen erläutert und präzisiert er den Text der Abhandlung (74).

2. Strabismus.

Mit Problemen des Strabismus beschäftigte sich ADAM seit 1906 (75). In seiner ersten Veröffentlichung "Über normale und anomale Netzhautlokalisation bei Schielenden" (76) ging es ihm zuerst darum, zwei Theorien gegeneinander abzuwägen: die Projektionstheorie und die Lehre von den identischen Sehrichtungen korrespondierender Netzhautstellen nach HERING (77).

Nach der Projektionstheorie sollen die Netzhautbilder jedes Auges für sich durch einen unbewußten psychischen Akt in den Richtungs-
linien des betreffenden Auges nach außen verlegt, im Schnittpunkt normalerweise vereinigt und so am wahren Ort einfach gesehen werden. HERINGS neuere Anschauung über identische Sehrichtungen korrespondierender Netzhautpunkte dagegen besagte, daß jeweils zwei Stellen beider Netzhäute sich so zueinander verhalten, daß dort abgebildete Punkte vom Beobachter in derselben Richtung gesehen werden.

"Wie die Netzhautbilder jedes Einzelauges im (subjektiven) Sehfelde (wohl zu unterscheiden vom objektiven Gesichtsfelde!) der Breite und Höhe nach gegeneinander lokalisiert werden - 'relative Lokalisation' - hängt daher von der Anordnung dieser den korrespondierenden Stellen beider Augen gemeinsamen Sehrichtungen ab" (78).

ADAM bestimmte diese relative Lokalisation und beschrieb die angewandte Methode. Mit Hilfe des TSCHERMAKSCHEN Apparates (79) erzeugte er Nachbilder eines Glühfadens nacheinander in beiden Maculae. Der Glühfaden, der in der Mitte von einer Fixationsmarke gedeckt war, wurde für das zweite Auge um 90 Grad gedreht, so daß ein Vergleich der Nachbilder möglich war. Bei normaler Lokalisation wurden die sich in den beiden Maculae abbildenden Gegenstände in die gleiche Richtung projiziert, und es fielen also die beiden Fixierpunkte aufeinander. Bei anomaler, gestörter Lokalisation hatten die Nachbilder alle möglichen Lagebeziehungen zueinander. Der Grad der Verschiebung der Lokali-

sation zueinander, der Anomaliewinkel, wurde von ADAM mit dem Schielwinkel verglichen. Das Resultat war dann jeweils entweder die häufigere harmonische oder die disharmonische Anomalie.

Zur Messung des Anomaliewinkels wurde ein Nachbild im Längsmittelschnitt des schielenden Auges erzeugt, dann verdeckte man das Schielauges und gab dem führenden Auge eine Fixiermarke. Ein Stäbchen wurde dann solange durch das Gesichtsfeld des führenden Auges bewegt, bis es sich im Auge des Patienten genau mit dem Nachbild deckte. Es bildete sich dann das Stäbchen auf dem der Fovea des anderen Auges korrespondierenden Netzhautabschnitt ab. "Denn das ist ja die Definition der korrespondierenden Punkte, daß ihre Erregungen in der gleichen Richtung projiziert werden" (80). Die Distanz zwischen Stäbchen und Fixierpunkt ergab dann den Anomaliewinkel.

Zur Bestimmung des Schielwinkels unter vergleichbaren Bedingungen wurde wiederum in der Fovea des Schielauges ein Nachbild erzeugt. Dann wurde das führende Auge soweit verdeckt, daß es nur gerade noch eine Fixiermarke erkennen konnte. Das Stäbchen wurde jetzt durch das Gesichtsfeld des das Nachbild tragenden Schielauges bewegt, und der Patient mußte wieder angeben, wo es sich mit dem Nachbild deckte. Das Stäbchen lag dann in der Ebene des Längsmittelschnitts des Schielauges, und die Entfernung zwischen Stäbchen und Fixiermarke bildete das Maß für den Schielwinkel.

ADAM standen im ganzen 300 Fälle zur Verfügung, die er vor der Operation, teilweise bald nach der Operation und größtenteils noch einmal ein halbes bis ein Jahr später auf Art des Strabismus, Refraktion, Sehschärfe im korrigierten und besonders im unkorrigierten Zustand, auf Aufbau des gemeinsamen Gesichtsfeldes, relative Lokalisation und Anteil des Schielauges am Sehakt untersuchte.

(Für letzteres benutzte er das Tschermaksche Nadelstereoskop: eine dritte Nadel mußte vom Untersuchten in gleiche Richtung der beiden anderen gebracht werden.) Von den 300 Fällen waren allerdings nur 100 zu verwerten, da nur diese exakte Angaben zu machen imstande waren.

Unter 100 Patienten waren 66, die anomal lokalisierten, davon 60 harmonisch, die übrigen 34 lokalisierten normal. Eine Reihe Schielender lokalisierte abwechselnd normal und anomal harmonisch. Die Sehschärfe im unkorrigierten Zustand teilte ADAM in drei Grade ein; sie dienten der Erläuterung der relativen Lokalisationsverhältnisse, denn bei kaum vorhandener Sehkraft des Schielauges bestand auch kein Grund zur Ausbildung einer neuen Lokalisation, und bei guter Sehschärfe des Schielauges war wegen der häufigen Änderung des führenden Auges infolge des hier häufigen alternierenden Schielens die Ausbildung einer neuen Lokalisation kaum möglich. Anomale relative Lokalisation kam also hauptsächlich in derjenigen Gruppe von Schielenden vor, bei der die Sehschärfe des Schielauges weniger als die Hälfte der Sehschärfe des führenden Auges, aber mehr als ein zwanzigstel, das heißt mehr als für das Fingerzählen in 2 bis 3 m nötig, betrug.

Der Anomaliewinkel war starken Schwankungen unterworfen und von verschiedensten Bedingungen abhängig, z.B. auch von dem sich ändernden Schielwinkel, und es war nicht umgekehrt - in Analogie zu den Fusionsbewegungen - die Schielstellung Folge der anomalen Lokalisation (81). Eine von BIELSCHOWSKY beobachtete scheinbar vorhandene Fusionstendenz bei anomal Lokalisierenden mußte auch von diesem als häufiger Wechsel des Anomaliewinkels, also als vorgetäuscht, betrachtet werden (82).

Ein binokularer Sehakt war bei Schielenden nur durch anomal harmonische Lokalisation denkbar und konnte von ADAM unter

11 untersuchten Fällen nur in einem, nicht einmal ganz einwandfreien, Falle festgestellt werden. Hier lag nämlich die Fixierabsicht bei den Versuchen dann nicht auf dem normalerweise führenden, sondern auf dem Schielaugen. Und die Fovea des schwächer sehenden, hypermetropischen Schielauges korrespondierte mit einer exzentrischen Stelle des allerdings durch ein vorgesetztes rauchgraues Glas abgeschwächten sehtüchtigeren Auges (83).

Die Ergebnisse der Untersuchung der Pseudofovea ließen keine Regeln erkennen. Den Ausdruck "Pseudofovea" für die der Macula des führenden Auges sehrichtungsgemeinschaftliche Stelle des Schielauges wandte ADAM nur "aus Bequemlichkeit" an (84). Die Minderwertigkeit der anomalen Lokalisation zeigte sich besonders am Mangel an Fusionstendenz, "wodurch die Netzhaut zu erkennen gibt, dass sie nicht gewillt ist, die "Pseudofovea" als "Null- und Mittelpunkt ihres Koordinatensystems" anzuerkennen. Es ist die Anomalie mehr ein Anpassungsvorgang und kann dem normalen Verhalten nicht koordiniert an die Seite gestellt werden" (85).

ADAM vermutete eine gemeinsame Ursache für die Änderung von Schiel- und Anomaliewinkel und knüpfte daran "die stille Hoffnung, dass es vielleicht möglich sei, auf diesem Wege zu einer Erklärung der Genese des Strabismus zu gelangen" (86).

Klare Vorstellungen vermittelt ADAM hier schon über die Grundsätze der Nachbehandlung nach Schieloperationen. Es komme zuerst darauf an, die Sehschärfe der Macula zu heben, um die Voraussetzung für die Ausbildung und Ausnutzung einer normalen Lokalisation zu schaffen. Erst wenn feinere Druckschrift gelesen werden konnte, begann er mit stereoskopischen Übungen zur Anregung der Fusion. Den praktischen Wert der Lokalisationsprüfung vor der Operation sah er in der Möglichkeit, die Fälle zu erkennen, die Doppelbilder ausbilden konnten. Nach der Operation konnte mit dieser Methode die Ursache für Doppelbilder geklärt werden. Es war für den Erfolg der Schielbehandlung wichtig, stereoskopi-

sche Übungen nur vorzunehmen, wenn normale Lokalisation bestand. Denn durch Unterstützung der anomalen Lokalisation konnten Doppelbilder hervortreten, die vorher unterdrückt worden waren.

In seinen "Studien über absolute Lokalisation und sogenannte 'paradoxe Doppelbilder' bei Schielenden" (87) berichtet ADAM im wesentlichen über zwei Fälle, die trotz erfolgreicher Korrektur der anatomischen Schielstellung ihre falsche absolute Lokalisation behalten hatten. Gegenstände, die sich "gerade vorn" befanden, wurden im ersten Falle an drei verschiedenen Stellen lokalisiert, je nachdem, wie weit das führende Auge am Sehakt beteiligt war. Das Schielaug sah einen Gegenstand, der vom Fixierauge gerade vorn richtig lokalisiert wurde, 14 Grad nach links. Bei Abschluß des linken Auges mit einer Blechscheibe, d.h. bei Abblendung des Hauptauges, sah das Schielaug einen Gegenstand gerade vorn, wenn er sich 14 Grad nach rechts befand; bei völliger Ausschaltung des sonst führenden Auges, wenn er sich nur 7,5 Grad nach rechts befand. Die Patientin hatte also 3 Medianebenen: die objektiv richtige bei Gebrauch des Hauptauges und zwei falsche bei Einstellung des Schielauges (88). Mit dem Anomaliewinkel und Schielwinkel hingen diese absoluten Lokalisationsverhältnisse entsprechend ADAMS zahlenmäßigen Untersuchungsergebnissen nicht kausal zusammen, wenn er auch Beziehungen zwischen Anomaliewinkel und absoluter Lokalisation annahm. Wahrscheinlicher erschien ihm eine gemeinsame Hauptursache für die relative und absolute anomale Lokalisation (89).

ADAM schloß noch weitere Prüfungen an, so die der Fusionsverhältnisse, der Adaptation und der peripheren Sehschärfe.

Die Frage der falschen Lokalisation war nach ADAMS Meinung eng verknüpft mit der der paradoxen Doppelbilder, d.h. Doppelbilder trotz normaler anatomischer Augenstellung. Wenn Schielende anomal lokalisiert hatten, traten nach der Operation meistens

nur vorübergehend Doppelbilder auf. Über einen zweiten Fall, bei dem sich die normale Lokalisation nach der Operation dagegen nicht wieder herstellte, berichtete ADAM im weiteren Verlauf dieser Arbeit. Nach neun Schieloperationen im Verlauf von 22 Jahren hatte die 34jährige Patientin jetzt fast normale Augenstellung, nur eine geringe Auswärtswendung links, die sich bei Konvergenz relativ verstärkte. Wurde das rechte Auge verdeckt, fixierte das linke exzentrisch, 13 Grad. Es bestand links ein zentrales Skotom. Gegenstände, die rechts vom fixierten Gegenstand lagen, wurden in der Ferne um 14 Grad divergent gekreuzt doppelt gesehen. In der Nähe erschienen auch die fixierten Gegenstände, aber jetzt um 25 Grad divergent, in gekreuzten Doppelbildern. Es bestand ein Anomaliewinkel von 12 Grad nach links außen. Die absolute Lokalisation konnte nicht exakt bestimmt werden, da es auf Grund des zentralen Skotoms nicht gelang, zentrische Einstellung zu erzielen. Aber die absolute Lokalisation war in gleichem Sinne gestört wie die relative. Die Operation hatte also einen relativen sensorischen Strabismus divergens geschaffen, sichtbar an der relativen Lokalisation. Ursprünglich hatte Strabismus convergens bestanden. Unter Verwendung der Erkenntnisse über die sensorischen Störungen des Schielauges konnte ADAM die eigenartigen Doppelbilder zwanglos erklären und zeigen, daß die sensorischen Störungen noch lange die motorischen überdauern können.

In den Ergebnissen konstatiert er:

"Die absolute Lokalisation ist nicht allein abhängig von dem normalen Muskelgefühl resp. dem "Spannungsgebilde" nach Tscher mack (!), wie es an normalen Augen vorkommt, sondern auch von anomalen Spannungsbildern, wie sie durch die abnorme Beanspruchung der Muskeln bei Schielenden hervorgerufen wurden. Diese anomalen Spannungsbilder können nach operativer Richtigstellung des Strabismus noch weiterhin bestehen bleiben und Veranlassung zu einer falschen absoluten Lokalisation geben. Die falsche absolute Lokalisation ist wie die falsche relative Lokalisation abhängig von einer Reihe äußerer Faktoren (Abbildungsverhältnisse, Abblendung etc.) und schwankt oszillatorisch wie typenmäßig in ziemlich

beträchtlichen Grenzen. Sie unterscheidet sich hierdurch erheblich von der normalen absoluten Lokalisation" (90).

Im Jahr 1911 hielt ADAM vor dem Berliner Dozentenverein einen Vortrag "Über Entstehung und Behandlung des Schielens" (91): Durch Aufhebung des Fusionszwanges tritt bei 75% aller Menschen eine Schielstellung als anatomische Ruhelage der Augäpfel zutage. Eine gewisse Herabsetzung der Sehschärfe des Schielauges müsse schon vor Auftreten des Schielens bestanden haben. Später komme als Inaktivitätserscheinung die Amblyopia ex anopsia hinzu.

Der Strabismus tritt meist erst im 3. bis 4. Lebensjahr auf, oft nach Masern, wenn die Kinder in verdunkelten Zimmern gelegen haben. Nicht nur das Fehlen eines binokularen Sehvermögens, auch Hypermetropie mit ihrer starken Akkommodation begünstigt das Schielen, letztere wegen der Kopplung mit der Konvergenz das Einwärtsschielen. Aber die Fusion regelt normalerweise das nicht absolut feste Verhältnis zwischen Akkommodation und Konvergenz im Interesse des binokularen Einfachsehens. Außerdem führt ADAM psychische Faktoren als mitverantwortlich für die Entstehung des Strabismus an.

Die Symptome des Strabismus deutet er wieder als Anpassungsvorgänge an die Fehlstellung zur Vermeidung von Doppelbildern; und zwar die Exclusion des Schielaugenbildes, die Amblyopie des Schielauges und die Änderung der relativen Lokalisation.

Wenn sich letztere trotz motorischer Richtigstellung der Augen nicht korrigiert, kann es zu Doppelbildern kommen.

Die Behandlung des Strabismus könne nur in einem geringen Prozentsatz unblutig mit Hilfe des WORTHSCHEN Amblyoskops vorgenommen werden, wenn nämlich der Patient frisch nach Auftreten der Fehlstellung in die Behandlung kommt, bevor sich also eine anomale Lokalisation ausgebildet hat. Außerdem dürfen die Patienten noch nicht 6 Jahre alt sein, denn bis dahin hat

sich die Fusion ausgebildet. Der Patient muß auch intelligent sein und eine mindestens mittlere Sehschärfe besitzen. Bei dem größten Teil der Schielenden ist aber zuerst die Operation notwendig, womit nach ADAM gleichzeitig in 98% auch die anomale Lokalisation beseitigt wird. Danach muß die Sehschärfe möglichst stark gehoben werden. Schließlich werden Übungen zur Anregung der Fusion gemacht.

"Über funktionelle Nachbehandlung nach Schieloperationen" (92) sprach ADAM 1913 noch einmal vor der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft und wiederholte dort im wesentlichen die früheren Ausführungen.

3. Blennorrhoe.

Eine neue Methode der Behandlung einer der folgenschwersten Augenerkrankungen, der Erwachsenenblennorrhoe, veröffentlichte ADAM im Jahre 1907 (93). Durch die bisherige klassische Behandlungsmethode mit 0,5 bis 2,0 %igem *Argentum nitricum*, viertel- bis zweistündlichen Spülungen mit einer antiseptischen Flüssigkeit und nachfolgendem Einstreichen von Borvaseline waren nur bei der Neugeborenen-Blennorrhoe gute Resultate zu erzielen; bei der Erwachsenen-Blennorrhoe dagegen ließen sich Hornhautgeschwüre nicht sicher vermeiden.

Die Hauptforderung an eine bessere Methode war also der Schutz für die Hornhaut. Eine Vereinfachung der Methode, die z.B. das Ektropionieren der hart infiltrierten Lider vermied, bedeutete in diesem Sinne auch schon eine Verbesserung. Der direkte Schutz, den die Borvaseline bieten konnte, war zu kurz, denn die Salbe schmolz schnell.

Auf der Suche nach einer Salbe, die bei genügender Geschmeidigkeit so konsistent war, daß sie etwa zwei Stunden die Funktion einer Schutzschicht im Bindehautsack behielt, gewann ADAM mit Unterstützung der Fabrik Dr. Rud. REISS in Berlin die *Euvaseline*, bestehend aus besonders reiner weißer amerikanischer Vaseline mit Zusatz von reinem hochschmelzenden Naturceresin und wasserfreiem Lanolin. Sie wurde durch Luftsauerstoff und Feuchtigkeit nicht verändert und durch Körperwärme nicht verflüssigt. Außerdem besaß sie eine hohe Adhäsionskraft.

Nachdem so die Hauptforderung, der Hornhautschutz, erfüllt werden konnte, galt es nun, ein Mittel zur Beschränkung und Unschädlichmachung des Sekretes zu finden. Durch Zufall stieß ADAM auf ein neues Medikament, *Lenicet*, die polymere Trockenform der essigsauen Tonerde (94), die ihm von der gleichen Firma als billigerer Ersatz für die Borvaseline angeboten

worden war. ADAM sah aber in einem Fall von Blennorrhoe ihre auffallend rasch sekretionshemmende und -koagulierende Wirkung, nachdem er schon vorher bei normaler Bindehaut ihre mangelnde Indifferenz festgestellt hatte (95). Sie beruhte auf der Eigenschaft des Lenicets, im Kontakt mit dem Gewebe wirksame essigsaure Tonerde abzuspalten. Da das Präparat aber wenig bakterizid war, ersetzte es nicht unbedingt auch das Argentinum nitricum, wohl aber die "großen Irrigationen", und gestattete wenigstens eine wesentliche Verringerung der Konzentration und der Applikationshäufigkeit der ätzenden Substanz. Denn das Argentinum nitricum brauchte nur noch seine bakterizide, nicht mehr auch die sekretionshemmende Wirkung zu entfalten.

"Bleno-Lenicetsalbe" nannte ADAM die Kombination von Euvaseline mit Lenicet. Sein Behandlungsschema hatte er im Verlauf der ersten Versuche mit der neuen Methode entwickelt (96):

1. zweistündlich, auch nachts, wurde die 10%ige Kombinationsalbe in den Bindehautsack eingestrichen, bis nach etwa ein bis zwei oder drei Tagen die Sekretion merklich nachgelassen hatte, so daß man nur noch
2. die 5%ige Form drei- bis vierstündlich zu applizieren brauchte.
3. Wenn die Sekretion nahezu ganz aufgehört hatte, sollte noch die Euvaseline verwendet werden und jetzt zusätzlich täglich einmal mit einem Tropfen 1/2%igem Argentinum nitricum unter Schonung der Hornhaut die Bindehaut geätzt werden.
4. Die Entlassung erfolgte mit 0,5%iger Zinkvaseline.

Von den acht in dieser Mitteilung geschilderten schweren Fällen hatten fünf auf die neue Behandlungsmethode gut angesprochen und heilten glatt, zwei behielten eine feine Hornhautnarbe und einer bekam ein Leukoma adhaerens (97).

1907 referierte ADAM auch in der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft über dieses Thema (98). Er hatte in der Zwischen-

zeit vier weitere Patienten mit der Bleno-Lenicetsalbe behandelt und nur Heilungen mit intakter Cornea erlebt. Die Sekretion ließ doch erst nach drei bis vier Tagen so merklich nach, daß auf die 5%ige Salbe übergegangen werden konnte. Und diese war etwa vierzehn Tage oder länger erforderlich, aber nur drei- bis viermal täglich. Argentum nitricum sollte nur 1/4%ig verwendet werden und diente nur der Bekämpfung der anschließenden katarrhalischen Konjunktivitis (99).

1908 folgten "Weitere günstige Erfahrungen über die Behandlung der Blennorrhoea adultorum (!) mittels Bleno-Lenicetsalbe" (100). Auch ein dreizehnter Fall - ADAM beschreibt hier Fall neun bis dreizehn genau - war komplikationslos geheilt. Die Methode schildert ADAM wieder in Anlehnung an die erste Mitteilung (101). Sogar über den verhältnismäßig günstigen Verlauf eines im Anfang progredienten Hornhautgeschwürs - ohne Perforation - berichtet er hier abschließend (102).

In einem ebenfalls 1908 erschienenen Beitrag behandelte ADAM auch die Neugeborenen-Blennorrhoe (103). Er gab äußerst detaillierte Behandlungsanweisungen, weil sie auch für Laien bestimmt waren (104). Mit dem Schlußsatz begründet ADAM seine Empfehlung: "Die Behandlung ist auch für die Blennorrhoea neonatorum empfehlenswert, weil sie einfach und auch für den praktischen Arzt bequem anwendbar ist."

Auch vor der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft hatte ADAM 1908 Gelegenheit, seine neue Methode vorzutragen (105). Hier berichtete er über weitere 13 Fälle, von denen nur 2 ungünstig verlaufen waren. Von den insgesamt 26 in seine Statistik aufgenommenen Fällen von Erwachsenen-Blennorrhoe zeigten also nur 5 Hornhautkomplikationen. In der anschließenden Diskussion meldeten sich nur ablehnende Stimmen. ADAM bedauerte das, "da er weiß, daß von anderen die Methode mit Vorteil verwendet worden ist" (106). Da er Mißerfolge mit der Methode u. a. auf

eine mangelhafte Applikationstechnik zurückführte, konstruierte er eine Kanüle, mit der man die Salbe in genügender Menge unter das Lid spritzen konnte. Er regte jetzt weitere Versuche mit der Salbe unter Verwendung dieser Kanüle an.

Zwei Jahre später, 1910, entspann sich in der Münchener medizinischen Wochenschrift, in der ADAMS ausführlichste Referate über die Anwendung der Bleno-Lenicetsalbe erschienen waren (107), ein Streitgespräch (108). BAYER hatte 12 Fälle mit ADAMS Methode behandelt und nur 4 glatte Heilungen erzielt. Bei 18 Vergleichsfällen unter Anwendung der klassischen Therapie hatte es dagegen nur einmal eine Hornhautkomplikation gegeben. Einen besonders unglücklichen Fall der Versuchsreihe (109) konnte BAYER nur in Verbindung mit einer Anklage veröffentlichen:

"Einen so scheusslichen Ausgang, wie speziell in dem oben erwähnten Falle bei dem 4jährigen Kind, haben wir bei unserer früheren Therapie nie erlebt. Ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich in diesem Falle der Blennolenizetsalbe einzig und allein die Schuld an der fast völligen Erblindung des Kindes zuschiebe. Zum mindesten hätte man eine Empfehlung, wie sie der Blennolenizetsalbe beigegeben wird, nicht auf eine so kleine Zahl von Fällen basieren dürfen, wie dies geschehen ist. Auf Grund unserer Erfahrungen müssen wir vor der Blennolenizetsalbe direkt warnen. Ganz besonders aber möchten wir den praktischen Arzt warnen, sich durch einige günstig verlaufene Fälle in Sicherheit wiegen zu lassen" (110).

Dieser Vorwurf blieb nicht unwidersprochen. ADAM gab seiner Erwiderung den Titel: "Ueber das gonorrhoeische Hornhautgeschwür" (111). Er zitiert darin 8 Arbeiten, in denen andere Autoren über Erfolge berichtet hatten (112) und fügt hinzu: "Ich muss sagen, dass ich auch die Resultate Bayers nicht so schlecht finde, wie sie der Verf. in seinem Resümee beurteilt" (113). Er unterzieht nun seinerseits die Statistik BAYERS einer scharfen Kritik und verbindet sie mit einer Darstellung der beiden Arten von Hornhautgeschwüren bei Blennorrhoe: die zentrale Hornhautnekrose durch Thrombose pericornealer und episkleraler Gefäße und

das weniger fatale Randgeschwür durch Mazerationswirkung des Sekrets. Da BAYER als Kontrollfälle bis auf einen solche mit intakter Hornhaut anführte, den überwiegend schlechten Ausgang unter den Versuchsfällen aber auch dann der Bleno-Lenicetsalbe zur Last legte, wenn schon von vornherein Hornhautkomplikationen bestanden hatten, so konnte ADAM polemisieren: "Das ist gerade so, als ob man den Kämpfer, den man einem Moribunden einspritzt, für dessen Tod verantwortlich machen wollte" (114).

Nachdem ADAM also die Fälle, die mit Hornhautkomplikationen in die Behandlung eingetreten waren, ausgeklammert hatte, blieben 7, von denen 4 glatt, einer mit einer kleinen zentralen Makula heilten und zwei perforierten. Den Mißerfolg bei einer 68jährigen Frau kommentiert ADAM so:

"Dieser Erfolg wäre sicher bei jedweder anderen Behandlung auch eingetreten. Derartig hochbetagte Leute mit schlechten Gefäßen sind der Gefahr der Thrombosenbildung und damit der Hornhautnekrose weit mehr ausgesetzt, wie jugendliche Personen, und werden bei jeder Behandlung auf die Minusseite kommen" (115).

Und zu dem unglücklichen Ausgang der Erkrankung des 4jährigen Mädchens schreibt er:

"Das hätte sich vermeiden lassen müssen. ... Man muss da auch individualisieren und muss, wenn man mit der Lenizetbehandlung nichts erreicht, auch einmal eine andere Therapie benutzen."

Subakute Formen, so hatte ADAM inzwischen selbst festgestellt, reagierten besser auf *Argentum nitricum*. Und ADAM warnte davor, "Doktrinär zu sein und die Methode über das Individuum zu stellen" (116). Außerdem bezweifelte er den 100%igen Erfolg der Straßburger Klinik mit der Argentummethode. Er müsse auch in Widerspruch zu den früheren Erfahrungen der Straßburger Klinik stehen,

"denn was konnte sonst die Klinik veranlassen, zu einer anderen Methode überzugehen, wenn nicht die Unzufriedenheit mit der bisherigen. Experimenti causa verläßt man doch nicht ohne weiteres eine Methode, die einem 100 Proz. Hei-

lungen gibt, zu gunsten einer anderen, die nur 80 - 85 Proz. ... Heilungen von vornherein in Aussicht stellt. Herr Dr. Bayer soll nur einmal die älteren Krankengeschichten seiner Klinik durchsehen und dann erklären, ob er seine Zahlen bei den wirklichen Erwachsenen blenorrhöen aufrecht erhalten kann" (117).

Die Kritik durch BAYER nahm ADAM auch zum Anlaß, "auf einige Fehlerquellen einzugehen" (118).

ADAM hatte es inzwischen auf eine Zahl von 60 Fällen gebracht und seine Behandlungsmethode weiter modifiziert: zur Bekämpfung der durch Gonokokkentoxine begünstigten Thrombosenbildung mit nachfolgender Hornhautnekrose und Perforation hatte sich die Notwendigkeit ergeben, doch ein Silberpräparat in den Therapieplan aufzunehmen. ADAM empfahl das schonendere organische Silberpräparat Protargol (10-20proz.) oder Sophol (5-10 proz.) anfangs stündlich, jeweils vor der Salbenapplikation (119).

Wenn sich ADAMS neue Methode der Blenorrhoebehandlung in ihrer ursprünglichen Form somit praktisch nicht bewährt hatte, so zeigt ihre Entwicklung, wie er in vielfältigen Versuchen und in Zusammenarbeit mit Fachkollegen die günstigste Therapie erarbeiteté.

c. Beziehungen zwischen Augenheilkunde und

1. Geburtshilfe.

ADAM ist bis 1918 acht Jahre hindurch Konsiliarius der Berliner Universitäts-Frauenklinik gewesen (120).

1911 sprach er vor der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg "Über Augenveränderungen bei der Eklampsie" (121). Er hatte von 44 unter insgesamt 92 Eklamptischen Angaben über Sehstörungen bekommen. 4 Fälle konnten nicht als Eklampsie bewertet werden, weil sich ihre Augenstörungen als albuminurisch bedingt erwiesen. Dann bestand auch nach der Entbindung noch längere Zeit Albuminurie. So blieben 88 typische Fälle, von denen 40, also fast die Hälfte, erblindet waren. Die zerebrale Amaurose war jeweils kurz vor der Bewußtlosigkeit aufgetreten und hatte Stunden über sie hinaus angehalten.

In 5 Fällen entdeckte ADAM Veränderungen im Augenhintergrund und einmal im anatomischen Präparat, wie sie in diesem Zusammenhang bisher noch nicht beschrieben waren: ausgedehnte Blutungen und thrombosierte Gefäße. Der Fundus zeigte anfangs dunklere Partien in der Peripherie, aus denen sich helle Aderhautgefäße deutlich hervorhoben. Diese Partien veränderten sich dann pathologisch: Das Pigmentblatt wurde durchsichtiger, die schon auffälligen Gefäße boten das Bild eines scharf umgrenzten Gewirrs sklerotischer Arterien.

Drei Jahre später, 1914, folgte eine Arbeit "Über Augenveränderungen bei Schwangerschaft und Geburt" nach einem Gastvortrag am 27. März 1914 vor der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin (122). In 935 Fällen von Nephritis hatte ADAM 209mal Netzhauterkrankungen beobachtet, also in 22,4%. Er unterschied zwischen chronischer interstitieller Nephritis, akuten Formen der Nephritis und anämischer Schwangerschaftsnier.

Da die chronische Nephritis mit ihrer häufigen Netzhautbeteiligung in der Schwangerschaft seltener ist, zeigten nierenkranke Schwangere verhältnismäßig seltener eine Netzhautbeteiligung als Nichtschwangere. Die Netzhautbeteiligung machte sich am häufigsten durch zentrale, dann durch periphere Gesichtsfeldausfälle oder in vollkommener Erblindung bemerkbar. Einseitige Erblindung sprach für Zentralarterienverschluß, doppelseitige für Urämie; teilweise Gesichtsfeldausfälle für Netzhautablösung oder seltener für Zentralvenenverschluß.

Das häufigste Bild, die Neuro-Retinitis albuminurica gravidarum zeigte Veränderungen an Sehnerv und Retina: der Sehnervenkopf war stark gerötet und geschwollen, aber noch abgrenzbar(, im Gegensatz zu der starken Verwaschenheit bei syphilitischer Neuritis). Die Papille war von einem hellen Hof umgeben; die Arterien waren verengt, die Venen verbreitert. In der Netzhaut, besonders im Bereich der Makula, fanden sich kleine weiße Herdchen und Blutungen, selten in Sternfigur (123). (Im Gegensatz zu der Chorioretinitis luetica sah man bei der Retinitis albuminurica niemals Pigmentveränderungen.)

Neben diesen Erscheinungen beobachtete ADAM als Augenkomplikationen bei Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft noch Netzhautablösungen, (charakterisiert durch Graufärbung der Netzhautpartie mit abnormen Schlängelungen und auffallender Dunkelfärbung der Gefäße,) viel seltener einen Zentralvenenverschluß (mit lachenartigen, ausgedehnten Blutungen) sowie auch einen Zentralarterienverschluß (mit Graufärbung des Augenhintergrundes und dem kirschroten Fleck der Makula).

Die Verlaufsbeobachtungen ergaben, daß bei unkomplizierter Retinitis albuminurica die weißen Herde lange bestehen blieben, während die Blutungen allmählich resorbiert wurden. Die Papillenschwellung ging zurück und führte zu einer neuritischen Atrophie.

Durch Gliawucherung wurde die Papillengrenze jetzt unscharf, feine Streifen begleiteten die Gefäße. Pathologisch-anatomisch identifizierte ADAM die weißen Herdchen als verfettetes Gewebe. Feinste Gefäße zeigten eine Endoarteriitis.

Die Prognose der Retinitis albuminurica hinsichtlich der Sehschärfe bezeichnete ADAM als bedenklich. Eine Ablatio retinae in der Schwangerschaft beurteilte er dagegen günstiger; die Netzhaut legte sich meistens vollkommen wieder an.

Die Prognose quo ad vitam war nur dann ernst, wenn schon vor der Schwangerschaft eine Nephritis bestanden hatte, die also nur exazerbiert war. Unterbrechung der Schwangerschaft hatte aber nach ADAMS Meinung nur dann Sinn, wenn sie im Beginn der Netzhautbeteiligung vorgenommen wurde. Wenn also bei ausgesprochener Neuroretinitis die Mutter in dem Wunsch, sich das Kind zu erhalten, das Risiko der Sehstörung auf sich nehmen wollte, so mußte er nach seinen Erfahrungen sagen, daß das Risiko nicht allzu hoch sei. Wichtig sei es aber, daß für die Zukunft Schwangerschaften vermieden werden, da erfahrungsgemäß bei einer neuen Schwangerschaft, sofern wieder Albuminurie auftritt, ein Wiederaufflackern der Retinitis zu erwarten sei (124).

Der letzte Teil dieser Arbeit bringt noch einmal ADAMS Befunde bei Eklampsie.

Die Prognose der wenigen Fälle mit den in der ersten Arbeit beschriebenen Aderhautveränderungen war schlechter als bei den übrigen: bei reiner Eklampsie stellte sich gewöhnlich volles Sehvermögen wieder her.

In PLACZEKS 1918 erschienenem Handbuch für Ärzte und Bevölkerungspolitiker über "Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit, ihre Indikationen, Technik und Rechtslage" hat ADAM das Thema vom Standpunkt der Augenheilkunde aus behan-

delt (125). Im Rahmen des bevölkerungspolitisch notwendigen Ersatzes der "ungeheuren Opfer, die dieser Krieg gefordert hat", bedauert ADAM, "daß die Liebe sich polizeilich nicht kommandieren läßt" (126), und setzt sich für eine engere Indikationsstellung für die Unterbrechung der Schwangerschaft ein. Einschränkend bemerkt er:

"Die bevölkerungspolitischen Gesichtspunkte jedoch gehen nicht ohne weiteres Hand in Hand mit den ärztlichen Maßnahmen, der Staat muß aufs Ganze sehen, er muß versuchen, die Zahl der Geburten zu heben, ohne sich zunächst um den einzelnen zu kümmern. Der Arzt aber, dem das Leben und die Gesundheit des einzelnen anvertraut ist, muß versuchen, von dem Individuum nach Möglichkeit alles Störende und Beeinträchtigende fernzuhalten." Jedoch: "So ganz wird man auch bei Beurteilung der Einzelfälle nicht der sozialpolitischen Gesichtspunkte entbehren können" (127).

ADAM erörtert die Bedeutung von Augenveränderungen Schwangerer für die Prognose eines zugrundeliegenden Allgemeinleidens und für die Prognose der Sehstörung. Daraus leitet er die Indikationen für die Schwangerschaftsunterbrechung ab. Er unterscheidet bei den zugrundeliegenden Nierenerkrankungen wieder die Schwangerschaftsnier, die akute und chronische Nephritis. Eine Neuro-Retinitis bei Schwangerschaftsnier erfordert danach nur Frühgeburtseinleitung und Verhütung weiterer Schwangerschaften, solange die Nierenkrankheit anhält. Bei chronischer Nephritis ist die Netzhautbeteiligung auch in der Schwangerschaft ernst zu bewerten und erfordert die sofortige Unterbrechung.

Von den Augenkomplikationen, die nicht durch Nephritis bedingt sind, erfordert nur die Ablatio retinae die sofortige Schwangerschaftsunterbrechung. Auch Augenerkrankungen, die durch die Gravidität verschlimmert werden können, erfordern teilweise die Unterbrechung, so z.B. die tabische Sehnervenatrophie.

Andere Gesichtspunkte als für die Unterbrechung einer bestehenden Schwangerschaft gelten für die "künstliche Sterilisierung". Dazu sagt ADAM:

"Ich weiß nicht, ob sie jemals auf Empfehlung des Augenarztes ausgeführt worden ist, auch ist in der Literatur nichts darüber bekannt. Aber da mit Rücksicht auf die Bestrebungen der Eugeniker die Diskussion über diese Frage in den Vordergrund gerückt ist, so erscheint es nicht unmöglich, daß sich auch der Augenarzt gelegentlich mit dieser Frage beschäftigen muß" (128).

Indikationen können bestehen, wenn vorhergehende Schwangerschaften das Sehvermögen in hohem Maße gefährdet haben oder wenn eine Augenveränderung auf ein besonders schwer verlaufendes Leiden hinweist; vorausgesetzt, "daß nach der allgemein gültigen Erfahrung es in hohem Grade wahrscheinlich ist, daß mit einer wiederkehrenden Schwangerschaft auch das mit ihr verknüpfte Leiden wiederkehrt, oder gar in erhöhtem Maße sich geltend macht" (129).

Zweitens könnte sich eine augenärztliche Indikation zur Sterilisierung ergeben, wenn die Gefahr besteht, "daß besonders schwere Augenkrankheiten vererbt und dadurch minderwertige Kinder geboren werden."

Voraussetzung für die Empfehlung der Sterilisierung ist, daß die Schwangerschaft auf keine andere Weise zu vermeiden ist.

"Da dies in den meisten Fällen wohl möglich ist, so dürften die folgenden Auseinandersetzungen mehr theoretisches als praktisches Interesse beanspruchen. Sie dürften aber insofern der Praxis dienen, als sie einen Anhalt dafür geben, in welchen Fällen eine erneute Schwangerschaft überhaupt, gleichviel durch welche Mittel, verhindert werden soll. Doch möchte ich in aller Kürze darauf hinweisen, daß das in seinen Gefahren leicht übersehbare Sterilisierungsverfahren wiederholten Aborten vielfach vorzuziehen ist" (130).

Die während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Laktation möglichen Augenerkrankungen werden hier nochmals unter diesem Gesichtspunkt abgehandelt (131). Eine wirkliche Indikation zur Sterilisierung erkennt ADAM aber bei keiner an.

Unter den ererbbaaren Augenleiden (137) hebt ADAM das Gliom als familiäres, nicht sicher erbliches Leiden hervor. Er kannte

Familien, in denen alle 8 Kinder, 4 von 7 und alle 4 Kinder an Gliommetastasen zugrundegegangen waren und sagt:

"Wenn man derartig häufig Fälle von Gliomerkrankungen zu beobachten Gelegenheit hatte, so wird man sich eventuell doch die Frage vorlegen, ob man nicht durch künstliche Unfruchtbarmachung der Mutter dem Elend, das eine derartige Gliomerkrankung mit sich bringt, vorzubeugen versucht" (133).

Mit einer umfangreichen Literatursammlung von 64 Quellen schließt die Abhandlung.

Im Dezember 1917 sprach ADAM auch vor der Berliner medizinischen Gesellschaft über die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung (134) und stellte folgende Forderungen auf:

1. muß die Augenerkrankung lebensgefährlich oder die Sehschärfe erheblich beeinträchtigt sein,
2. darf das Leiden durch kein anderes Mittel zu beseitigen sein und
3. muß das Augenleiden durch die Unterbrechung beseitigt werden können (135).

Die zu tolerierende Grenze der Beeinträchtigung der Sehschärfe liege bei $1/4$ bis $1/6$ der normalen, und zwar auf beiden Augen.

Von selbständigen Augenkrankheiten rechtfertigen den Eingriff: die degenerative Sehnervenentzündung und die Netzhautablösung. Augenbeteiligung bei Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft, die Retinitis albuminurica, erschwert die Prognose des Grundleidens und gibt deshalb ebenfalls Anlaß zur Unterbrechung (136).

2. Versicherungsmedizin.

1918 veröffentlichte ADAM in den "Blättern für Vertrauensärzte der Lebensversicherung" eine Zusammenstellung über "Die Bedeutung der Pupillenphänomene für den Versicherungsarzt" (137). Nach ausführlicher Besprechung der Prüfungsmethoden gibt er eine Übersicht über die physiologischen Grundlagen, die Störungen der Pupillenreaktionen und ihre diagnostische Bedeutung in der Versicherungsmedizin.

Höchstens 2% von reflektorischer Pupillenstarre sollen demnach nicht auf eine Metalues (Tabes oder Paralyse) hinweisen, wenn nicht auch diese noch als Früh- oder Restsymptom einer sonst geheilten Syphilis anzusehen sind. Um diese Frage besser beurteilen zu können, richtete ADAM eine Rundfrage an die "hervorragendsten Augen- und Nervenärzte" (138). Vereinzelt waren von ihnen Fälle von reflektorischer Pupillenstarre auch bei Lues cerebri beobachtet worden. Und außer bei Syphilis wurde die Lichtstarre doch auch bei Alkoholismus, Schädelbruch oder Orbitalverletzung und bei schwerem Diabetes gesehen.

Weniger bedeutungsvoll erschien in diesem Rahmen die absolute Pupillenstarre. Sie konnte nur im Zusammenhang mit sonstigen Symptomen beurteilt werden. Zwar kam auch sie bei Tabes und Paralyse ausnahmsweise vor, häufiger aber bei Lues cerebri.

Daß eine Pupillendifferenz nur dann eine üble prognostische Bedeutung hat, wenn sie mit einer Aufhebung oder Verminderung der Pupillenreaktion verbunden ist, wurde nicht allgemein anerkannt (139).

d. Beiträge zur Geschichte der Augenheilkunde.

ADAM hat sein Interesse an der Geschichte seines Faches durch mehrere Beiträge bekundet (140), außerdem durch eine Ausstellung im Kaiserin Friedrich-Hause (141).

1910 berichtet er über "Die Berliner Ophthalmologie seit 100 Jahren" (142). Den Wendepunkt im Jahr 1866, als sich unter Albrecht v. GRAEFE (143) die Augenheilkunde von der Chirurgie abtrennte, stellt er darin besonders heraus.

1911 gibt ADAM in einem Nachruf auf seinen klinischen Lehrer v. MICHEL eine bezeichnende Charakteristik:

"... sein frisches, fröhliches Wesen, dem jede Pose fern war, die Anschaulichkeit seines Vortrags, die Reichhaltigkeit seiner Demonstrationen fesselte jeden von neuem.

Es ging von ihm eine Sonnigkeit, eine Wärme aus, die sich auch auf seine Kollegen und Assistenten übertrug, trotzdem er immer der Chef blieb, wenn auch ein wohlwollender und stets freundlicher. Manchem erschien er schroff und abweisend, und doch war dies nur eine Maske, unter der er seine Herzensgüte verbarg und vor Mißbrauch schützte. Sein Urteil über andere war gerecht und wohlwollend, und schien es manchmal anders, so war es häufig nur die Freude an einem Wortspiel, einem Paradoxon, die ihn dazu veranlaßte; wirklich wehe tun, konnte er niemandem, daran hinderte ihn sein offener, grundehrlicher Charakter. ... Eine Familie hat er nicht hinterlassen, als Junggeselle ist er gestorben, die Klinik ersetzte ihm die Familie, in der er immer wieder Erholung und Anregung suchte und fand" (144).

1936 kündigt ADAM in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung an:

"Das Kaiserin Friedrich-Haus, Bln NW 7, Robert-Koch-Platz 7, das vielen als Zentrum des ärztlichen Fortbildungswesens bekannt ist, unterhält auch eine Medico-Historische Sammlung, die sich allmählich zu einem Medico-Historischen Museum auswachsen soll. Ihre Schätze sind so reichhaltig, daß sie nur, sagen wir, löffelweise gereicht werden können. Der diesjährige Löffel enthält die Augenheilkunde."

Über diese Ausstellung "Ein augenärztliches Museum" (145) meint er dann:

"... mit stolzem Gefühl verläßt man sie in dem Empfinden, daß hier Deutschland und seine Gelehrten etwas Gewaltiges geschaffen haben" (146).

Sein letzter Beitrag zur Geschichte der Augenheilkunde ist in dem Buch "Das Universitäts-Klinikum in Berlin. Seine Ärzte und seine wissenschaftliche Leistung 1810 - 1933" aus dem Jahre 1939 enthalten und behandelt "Die Augenheilkunde unter Carl Ferdinand von Graefe und Johann Friedrich Dieffenbach 1810 - 1847" (147). ADAM geht hier besonders auf die von DIEFFENBACH und GRAEFE entwickelten Operationsmethoden am Auge ein.

ADAM hat sich nicht nur mit den erwähnten Sondergebieten der Augenheilkunde beschäftigt. Zahlenmäßig umfangreicher sind seine z. T. kasuistischen kurzen Zeitschriftenbeiträge und seine Demonstrationen vor der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft. Sie ergänzen das Bild der vielseitigen augenärztlich-wissenschaftlichen Tätigkeit ADAMS. Die Mehrzahl erschien in den Jahren 1905 bis 1914.

Sammelreferate über das Gebiet der Augenheilkunde hat ADAM nicht nur für die "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" regelmäßig geschrieben, sondern ausführlich auch für die "Medizinische Klinik": von 1908 bis 1934 veröffentlichte er hier jährlich einige Beiträge.

In einigen Fällen handelte es sich zuerst um Übersichten mit besonderen Fragestellungen, z. B. "Über den Zusammenhang zwischen Auge und entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen", "Neuere Arbeiten über den Exophthalmus pulsans" aus dem Jahr 1908; "Einige neue Operationen gegen das Glaukom", "Neues von der Staroperation" 1912; "Neuere Augenoperationen" und "Auge, Ohr und Nase in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen" 1914. Diese Themen kehrten z. T. wieder.

2) Ärztliches Fortbildungswesen.

a. Vorwort.

Seit 1914 spielte ADAM in Deutschland die führende Rolle auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung. Obwohl er bis 1941 Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses blieb, verlor er diese Schlüsselstellung aber spätestens mit dem Einzug des "Beauftragten des Reichsärztführers für das ärztliche Fortbildungswesen" im Jahre 1936. Die früheren Fortbildungseinrichtungen verloren ihre Bedeutung, als die Organisation der Pflichtfortbildung und der "Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung" abgeschlossen war.

Bereits 20 Jahre lang hatte ADAM seine Hauptaufgabe darin gesehen, die Voraussetzungen für die Fortbildung vor allem des praktischen Arztes zu schaffen. An der Organisation der Pflichtfortbildung wurde er nicht beteiligt. Im Jahr 1928 charakterisiert ADAM die Ziele des ärztlichen Fortbildungswesens:

"... das Gold wissenschaftlicher Forschung in die tägliche kleine Münze des Verbrauches umzumünzen, ist die Aufgabe des ärztlichen Fortbildungswesens. Damit erhebt sich das Fortbildungswesen über eine Standesangelegenheit. Es wird von Bedeutung für die gesamte Volksgesundheit. Es will nicht dem einzelnen Arzt vermehrte Kenntnisse verschaffen, um den Arzt zu heben, sondern es will ihm vermehrte Kenntnisse schaffen, um durch diese die Volksgesundheit zu heben. Es will nicht dem einzelnen Arzt nützen, sondern das Gesamtniveau der Ärzteschaft, vor allem der praktischen Ärzte, heben, um hierdurch einen fühlbaren Einfluß auf die Volksgesundheit auszuüben. Faßt man so das ärztliche Fortbildungswesen auf, so ist es erforderlich, ihm möglichst viele Ärzte zuzuführen. Der sicherste Weg wäre der des Zwanges, so wie er heute bei beamteten Ärzten und bei den Militärärzten besteht. Da der Ärzteberuf aber ein freier Beruf ist und der Arzt sich einem derartigen Zwange nicht unterwerfen würde, ist man lediglich auf die freiwillige Mitwirkung der Ärzteschaft angewiesen" (148).

b. Anfänge.

Die Notwendigkeit, dem im Beruf stehenden Arzt die Möglichkeit zu geben, sich über die rapide wachsenden Fortschritte in der Medizin ständig zu orientieren, wurde in Deutschland von weit-sichtigen Ärzten und Politikern schon vor der letzten Jahrhundert-wende erkannt. Aber erst Jahrzehnte später waren entsprechende Organisationen so weit entwickelt, daß auch der praktische Arzt Gelegenheit hatte, sich ohne große finanzielle Opfer systematisch fortzubilden.

Die ersten Bestrebungen in dieser Richtung galten eher finanziell unabhängigen Großstadtärzten. Einige Universitäten und Dozenten-vereinigungen veranstalteten sogenannte Ferienkurse. In Berlin fanden solche Kurse zuerst in den siebziger Jahren statt, als viele ausländische Ärzte "durch die glänzenden Namen wie: Virchow, Graefe, v. Bergmann, Koch, Behring, Röntgen, Nitze, v. Leyden, Schaudinn und vieler anderer angelockt wurden und die wunderbaren deutschen Entdeckungen dieser Zeit an der Quelle kennenlernen und studieren wollten" (149).

Die älteste dieser Organisationen war die "Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin", die 1880 gegründet wurde.

Für Militärärzte und Kreisphysici waren schon in den fünfziger Jahren von den vorgesetzten Behörden Fortbildungskurse eingeführt worden (150). Sie fanden ebenfalls an den Universitäten statt, waren aber unentgeltlich. Die Teilnehmer wurden in Gruppen abgeordnet. Während praktische Ärzte zu diesen staatlichen Pflichtkursen keinen Zugang hatten, waren die Ferienkurse für sie finanziell unerschwinglich.

Als Vorläufer der späteren zentral organisierten ärztlichen Fortbildung gab es z.B.

Kurse über die Körnerkrankheit, 1897, 1898;

Fortbildungskurse, von RUMPF in Hamburg veranstaltet, 1898, 1899;
theoretische Sammelvorträge über Tuberkulose, durch
v. LEYDEN in der Charité in die Wege geleitet, 1900 (151).

Als Initiator der Entwicklung, die Fortbildung für alle Ärzte auf allen Gebieten ermöglichte, gilt vor allem Ernst v. BERGMANN. Er stellte auch seine Beziehungen zu führenden Politikern in den Dienst dieser Aufgabe. Im Juli 1900 fand auf seine Veranlassung hin (152) im Kultusministerium (Ministerium für geistliche, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten) unter Vorsitz von Ministerialdirektor ALTHOFF, der ein Förderer ärztlichen Fortbildungswesens wurde, eine Sitzung statt, in der schon Einzelfragen über erste derartige Kurse in Frankfurt a.M. geklärt wurden. Für mehrere andere Städte, unter ihnen Köln und Düsseldorf, wurden gleiche Unternehmungen geplant.

"In Berlin hatte Prof. von Bergmann anlässlich eines im Sommer 1900 ihm zu Ehren veranstalteten Festkommerses der Idee der Fortbildungskurse unter stürmischer Zustimmung aller anwesenden Ärzte beredten Ausdruck verliehen" (153).

Und bereits Ende 1900 wurde eine "Vereinigung zur Abhaltung von Fortbildungskursen für praktische Ärzte" gegründet. E.v. BERGMANN, B. FRÄNKEL, R.RENVERS und R.KUTNER bildeten den Vorstand.

Diese Vereinigung bildete die organisatorische Grundlage für das spätere "Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen". Auf der ersten vorbereitenden Sitzung am 19. Januar 1901 im preußischen Kultusministerium wurde beschlossen, das kurz zuvor gegründete Berliner Ortskomitee in eine "Zentralstelle des ärztlichen Fortbildungswesens in Preußen" umzuwandeln. Am 18. Mai desselben Jahres ging daraus das oben genannte Zentralkomitee hervor (154).

Das Zentralkomitee setzte sich statutenmäßig aus Delegierten

von staatlichen und städtischen Behörden, der Universitäten, Krankenhäuser, der Ärzteschaft und der großen sozialhygienischen Verbände sowie den Vorsitzenden der Unterorganisationen zusammen (155). Ausführende Stellen des Zentralkomitees wurden in kurzer Zeit in steigender Anzahl ins Leben gerufen. 40 preußischen "lokalen Vereinigungen" folgten im Laufe der nächsten Jahre die Komitees sämtlicher Länder mit insgesamt ebenfalls 40 Unterorganisationen. Alle derartigen Vereinigungen wurden am 15. März 1908 in einer konstituierenden Sitzung im Kaiserin Friedrich-Hause unter der Dachorganisation des "Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen" zusammengefaßt (156). Durch Delegierte vertreten waren zunächst nur die Landesausschüsse von Baden, Bayern, Preußen, Sachsen und Württemberg; im ersten Jahr schlossen sich dann i. g. 10 Landesverbände an (157); und nach 3 Jahren waren fast alle Bundesstaaten im Reichsausschuß vertreten (158). Außer diesen Unterorganisationen waren im Reichsausschuß die Reichsregierung, das Reichsgesundheitsamt, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, die Ärzteschaft und die großen sozialhygienischen Verbände vertreten (159).

Für die Fortbildungsveranstaltungen fehlte den städtischen Krankenhäusern im Gegensatz zu den Universitätskliniken fast immer das Anschauungsmaterial. Eine Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel sollte diese Lücke schließen. Zu diesem Zweck veranstaltete das Kultusministerium im Frühjahr 1902 eine "Ausstellung ärztlicher Lehrmittel". Eine große Zahl von Ausstellern stellte einen Teil der Ausstellungsgegenstände kostenlos der Organisation für ärztliche Fortbildung zur Verfügung. Diese Geschenke bildeten den Grundstock der "Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel" (160). Die Sammlung wurde in der Folgezeit wesentlich erweitert. Z.B. wuchs die Moulagensammlung, die bei ihrer Ausstellung im Jahre 1906 etwa 1000 Objekte umfaßte, nach und nach auf das Doppelte an (161).

Da der Transport der Moulagen, der zunächst ohne große Verluste möglich war, später auf unüberwindliche Schwierigkeiten stieß, wurde die Diapositivsammlung um so stärker ausgebaut. Das geschah später besonders nachdrücklich, als die photographische Abteilung auch den Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung mitversorgen mußte (162).

Vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen wurde im Jahre 1904 die von Robert KUTNER redigierte "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" gegründet. Sie gehörte KUTNER und dem Jenaer Verlag FISCHER gemeinsam; nach KUTNERS Tode vertragsgemäß dem Verlag allein. Das preußische Zentralkomitee und die Landesausschüsse fungierten als Herausgeber, KUTNER und nach ihm ADAM als Schriftleiter (163).

Die Zeitschrift gewann nach dem Weltkrieg einen großen Leserkreis, so daß sie "hinsichtlich der Abonnentenzahl mit an der Spitze der großen deutschen Blätter marschiert" (164).

Der Plan zur Gründung einer besonderen Zeitschrift entsprang dem Bedürfnis, den Inhalt der neuen Fortbildungskurse der gesamten Ärzteschaft zugänglich zu machen. Die bestehenden medizinischen Zeitschriften, die hauptsächlich Forschungsergebnisse brachten, deren praktische Anwendbarkeit noch nicht garantiert war, gaben kein geeignetes Forum ab, um die geplanten Referate regelmäßig zu veröffentlichen (165).

"Der Inhalt sollte in der gleichen Richtung gehen wie die Fortbildungskurse, d. h. er sollte im wesentlichen Übersichtsmaterial über den gegenwärtigen Stand der Medizin bringen, sollte aber auch in kritischen Referaten anerkannter Fachleute die Leser mit den Forschungsergebnissen, wie sie in den wissenschaftlichen Zeitschriften niedergelegt werden, bekannt machen. Sie sollte die Zeitschrift für den praktischen Arzt werden, der nicht imstande ist, den Wert einer neu angegebenen Untersuchungs- und Behandlungsmethode selbst nachzuprüfen, sondern der aus den Fortschritten der Medizin das kennen lernen will, was in klinischer Tätigkeit erprobt und was er ohne Gefahr in seiner Praxis verwenden kann" (166).

Die Zeitschrift brachte "das, was der Arzt, der auf der Höhe der Wissenschaft bleiben will, benötigt" (167).

Das Anwachsen der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel, der Mangel an technischen Einrichtungen, Hörsälen und Verwaltungsräumen und gleichzeitig der Wunsch nach Repräsentation führten dazu, ein eigenes Gebäude als räumlichen Mittelpunkt des ganzen ärztlichen Fortbildungswesens zu fordern. Das Haus sollte den Namen der Kaiserin Friedrich tragen, die sich für dieses Projekt besonders interessiert hatte.

Der Generalsekretär des Zentralkomitees KUTNER verfolgte den Plan mit Unterstützung ALTHOFFS und v. BERGMANNs. Auch das Interesse des Kaisers konnte geweckt werden. Am 2. März 1903 empfing er den Vorsitzenden des Zentralkomitees v. BERGMANN in Anwesenheit des Kultusministers v. STUDT (168) und des Generalstabsarztes der Armee v. LEUTHOLD (169) in besonderer Audienz, in der v. BERGMANN den Plan zur Gründung dieses Fortbildungsinstituts entwickelte.

Am 7. März 1903 fand im Kultusministerium unter Vorsitz des Staatsministers v. STUDT die konstituierende Sitzung des vorbereitenden Ausschusses zur Gründung des Kaiserin Friedrich-Hauses statt. Es wurde beschlossen, zunächst nur im engeren Kreise zu werben (170) und ein großes Komitee, einen vorbereitenden Ausschuß sowie ein Büro zu bilden.

Die Anwesenden erklärten sich zum "Vorbereitenden Ausschuß des Komitees zur Begründung eines Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen" unter Vorsitz des Ministers v. STUDT, sowohl für das Komitee wie für den vorbereitenden Ausschuß. Zum Vorsitzenden des Büros wurde ALTHOFF gewählt, zu dessen Stellvertreter v. BERGMANN; Schriftführer wurde KUTNER, Schatzmeister v. MENDELSSOHN-BARTHOLDY.

Auf der erreichten finanziellen (171) Grundlage konnte der vorbereitende Ausschuß eine selbständige Stiftung gründen, die seine Aufgaben übernahm und den Namen "Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen" erhielt.

Am 17. November 1903 fand die Verfassung der Stiftung die Zustimmung des Kaisers und Königs, am 21. November wurde unter Vorsitz von Kultusminister v. STUDDT die Begründung der Stiftung in feierlicher Sitzung vollzogen (172).

Als Bauplatz für das Kaiserin Friedrich-Haus wurden die Grundstücke Luisenplatz 2-4 (173) und Hannoversche Straße 11 für einen Kaufpreis von insgesamt 698 000 M (einschließlich Steuern und Stempelgelder) erworben. Die Lage in der Nähe der Charité und fern dem Großstadtgetriebe erschien den Planern günstig. Erbauer war Geheimer Oberhofbaurat IHNE (174) mit seinem Baumeister WASSERMANN.

"Die Zweckmäßigkeit aller Räume gemäß den technischen Erfordernissen, auf denen die Bestimmung des Hauses beruht, wurde von dem Erbauer mit einer dem Ernste des Gebäudes entsprechenden schlichten, dabei aber doch überaus vornehmen Architektur so harmonisch verbunden, daß das Ganze als hervorragendes künstlerisches Werk bezeichnet werden mußte. Eine ungewöhnliche Aufgabe ist hier in einer Weise gelöst worden, die das Kaiserin Friedrich-Haus für Institute ähnlicher Art sicher vorbildlich gemacht hat" (175).

Die Eröffnung des Hauses wurde am 1. März 1906 feierlich begangen. "Wohl selten hat ein medizinisches Institut eine derartig glänzende Korona vereinigt wie das Kaiserin Friedrich-Haus bei seiner Eröffnung" (176).

Außer der erwähnten "Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel" beherbergte das Haus eine "Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie", deren Aufgabe es war, über Apparate, Instrumente, Medikamente und auch Bäder und Sanatorien zu orientieren (177). Nahezu sämtliche hervorragenden Firmen auf den einschlägigen Gebieten waren daran beteiligt.

Das Kaiserin Friedrich-Haus hatte folgenden Einrichtungsplan:

Im Erdgeschoß und im 1. Obergeschoß links vom Aufgang fand die zuletzt beschriebene Ausstellung Platz;

später nur in 3 Sälen links im Erdgeschoß, und zwar im vorderen Saal eine chirurgische, optische und elektromedizinische Abteilung, in den beiden hinteren Sälen die Abteilung für chemisch-pharmazeutische Erzeugnisse mit Hinweisen auf Bäder. Betreut wurde die Ausstellung bis zu dessen Tode 1930 von dem Apotheker MATZ. Die andere Seite des Erdgeschosses war während der Inflationszeit geräumt worden und enthielt später eine Filiale und Ausstellung des Dresdner Deutschen Hygiene-Museums bzw. der mit ihm eng verbundenen Aktiengesellschaft für hygienischen Lehrbedarf.

Im 1. Obergeschoß befand sich ein Raum für wissenschaftliche Sonderausstellungen, (zunächst auch das Lesezimmer und eine Handbibliothek) ferner die Kartenausgabe, die Auskunft (178) unter LOWIN und die Büroräume der mit dem Hause verbundenen Organisationen, Reichsausschuß und Preussisches Zentralkomitee.

Das deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen (179), das nach der Konstituierung des "Internationalen Komitees für das ärztliche Fortbildungswesen" im Jahre 1909 diesem seine Räume zur Verfügung stellen mußte, war anfangs hier auch untergebracht.

Später befand sich hier noch das Büro der "Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin". Außerdem waren rechts ein Sitzungszimmer, die Redaktionsräume der "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" und ein Teil der mediko-historischen Abteilung untergebracht.

Die andere Seite des 1. Obergeschosses war an eine gemeinnützige Gesellschaft, den Außenhandelsverband, vermietet worden.

Im Zwischengeschoß lag der große Hörsaal mit 200 Sitzplätzen. Selbst nach 25 Jahren entsprach er noch allen technischen Erfordernissen. Besonders bewundernswert schien die Verdunkelungsvorrichtung, ebenso die 6 Zentner schwere versenkbare Wandtafel, hinter der die Projektionsfläche hervortrat.

Im zweiten Obergeschoß lagen noch zwei kleinere Hörsäle. Im übrigen war hier die Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel untergebracht. Sie diente neben der ärztlichen Fortbildung auch der hygienischen Volksbelehrung. Es sei bemerkt, "daß schon von Anfang an sich das Kaiserin Friedrich-Haus auch in den Dienst der sozialen Medizin gestellt hat" (180).

Die Staatliche Sammlung umfaßte 4 Abteilungen:

Eine Krankenpflegeabteilung, um die sich JACOBSON (181) besonders bemüht hat,

die Moulagenabteilung, "die ihresgleichen wohl nicht auf der Welt hat" (182). Die ersten Stücke verdankte sie einer Stiftung des Dermatologen LASSAR (183). Diese Sammlung wurde laufend ergänzt und umfaßte nach mehr als 25 Jahren ihres Bestehens im Jahr 1930 über 1200 Objekte, die übersichtlich aufgestellt und katalogisiert waren (184).

Eine reichhaltige Sammlung von Diapositiven, Filmen, makro- und mikroskopischen Präparaten, Wandtafeln und Modellen.

Hierher gehörte z.B. eine Kehlkopfsammlung von TOBOLD (185).

Der Staatlichen Sammlung angeschlossen war die mediko-historische Abteilung, deren Grundstock HOLLÄNDER (186) geliefert hatte. Von PLACZEK stammte eine wertvolle Sammlung medizinischer Autographen. Einen weiteren Teil des mediko-historischen Museums bildete die Historische Instrumentensammlung (187). Sie war früher im Besitz des ehemaligen Collegium medico-chirurgicum gewesen, wurde dann von der neugegründeten Universität Berlin übernommen, nachdem der erste Kustos und eigentliche Begründer des "Königl. preußischen

Instrumenten- und Bandagenkabinetts", Johann Gottlieb BERNSTEIN, am 18. Juni 1810 dem Ministerium des Innern für den öffentlichen Unterricht ein Verzeichnis vorgelegt hatte. Zuletzt hatte sich die Instrumentensammlung im Langenbeck-Hause befunden. Ernst v. BERGMANN beantragte die Angliederung an die mediko-historische Sammlung im Kaiserin Friedrich-Hause. Anlässlich ihres 100jährigen Bestehens wurde dort am 17. Juni 1910 eine Ausstellung eröffnet. Einen weiteren Anhang an die mediko-historische Abteilung bildete die von FRIEDENTHAL angelegte Anthropologische Sammlung (188).

Im 3. Obergeschoß befanden sich Kurssäle für klinische Chemie, Mikroskopie und Bakteriologie mit verschiedenen Nebenräumen. Außerdem waren dort ein Röntgenlaboratorium und ein Atelier für wissenschaftliche Photographie eingerichtet sowie ein Projektionsraum zur Vorführung auszuleihender Filme oder Diapositive. Bis auf die Photoabteilung, die ja sowohl dem ärztlichen Fortbildungswesen als auch der hygienischen Volksbelehrung diente, wurden die Räume im 3. Obergeschoß später an den "Reichsausschuß für Krebsbekämpfung" vermietet, der am 1. April 1930 seine Geschäftsstelle im Kaiserin Friedrich-Hause bezog (189).

Das Kaiserin Friedrich-Haus ist mit seinen Einrichtungen im Wandel der wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse noch weiteren Veränderungen unterworfen gewesen.

c. Innerer Ausbau.

Nachdem also die äußere Form der Organisation, der Reichsausschuß, die Landes- und Ortsausschüsse für das ärztliche Fortbildungswesen geschaffen waren, wurden die folgenden Jahre ihrem inneren Ausbau gewidmet.

Das ärztliche Fortbildungswesen war ähnlich gegliedert wie das Deutsche Reich. Ebenso wie die im Deutschen Reich vereinten Länder auf dem Gebiet des Gesundheitswesens autonom waren und vom Reich nur Anregungen erhielten, waren auch die Landesausschüsse für das ärztliche Fortbildungswesen in den einzelnen Ländern in ihren Entscheidungen frei. Sie mußten lediglich die drei Prinzipien der

UNENTGELTLICHKEIT, der

ZEITLICHEN und

ÖRTLICHEN ANPASSUNG AN DIE PRAXIS beachten. Darüberhinaus waren auch die über 80 Unterorganisationen in der Durchführung ihrer Kurse unabhängig von den übergeordneten Stellen. Doch bedienten sie sich der genauen Anregungen ihrer Landesausschüsse. Dort wurden z.B. Kurse probeweise veranstaltet, die dann von den Ortsausschüssen ohne eigenes Risiko übernommen werden konnten. Ein Kurs kostete die Veranstalter normalerweise nur etwa 300 Mark an Propaganda- und Kurssaalgebühren (190).

Der Reichsausschuß bildete in seiner eigenen Struktur das Modell für den Aufbau der Landesausschüsse. In beiden waren die wesentlichen Behörden der Gesundheitspflege, die Universität, die Krankenhäuser, die Ärzteschaft und die großen sozialhygienischen Fachverbände als Zentralorgane vertreten. Die Entscheidungen dieses Arbeitskomitees wurden jeweils von einem haupt- oder nebenamtlich angestellten Generalsekretär ausgeführt.

Dem Arbeitsausschuß schlossen sich Abgeordnete der jeweiligen Unterorganisationen an; die Gesamtheit der Mitglieder trat einmal

im Jahr zu einer Generalversammlung zusammen.

Die Aufgaben der Länderdelegierten des Reichsausschusses wurden in Berlin durch ständige Vertreter wahrgenommen. Mitglieder der Gesandtschaft oder Ärzte mit besonderen Beziehungen zu dem vertretenen Land berichteten ihren Landesausschüssen über die Beschlüsse des Reichsausschusses (191).

Die Ortsausschüsse waren nicht so einheitlich organisiert wie die übergeordneten Ausschüsse. Sie mußten sich an die örtlichen Verhältnisse anpassen. Nur teilweise gab es eine eigene Organisation für die ärztliche Fortbildung. Mitglieder waren dann u. a. Vertreter der praktischen Ärzte, der Krankenhäuser, der Universität, der städtischen Behörden. In kleineren Orten konnte der Ärzteverein direkt die Funktion eines Lokalkomitees übernehmen (192).

Die Unterorganisationen unterrichteten den Reichsausschuß vierteljährlich über ihre geplanten Veranstaltungen, so daß der Reichsausschuß diese Vorschau in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung rechtzeitig veröffentlichen konnte. Aus den Jahresberichten an den Reichsausschuß über das abgelaufene Jahr entstanden zusammenfassend die Jahresberichte des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen über die jeweiligen Geschäftsjahre (193).

d. Arbeitsweise der gefestigten Organisationen.

Das ärztliche Fortbildungswesen verfügte nicht über eigene Institute und Krankenhäuser, sondern war ganz auf die Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken und städtischen Krankenhäusern angewiesen. Die Organisationszentren für ärztliche Fortbildung arbeiteten lediglich die Vorlesungs- und Kurspläne aus und übertrugen die Durchführung denjenigen Universitätsdozenten und Krankenhausärzten, die dazu bereit waren (194).

Dazu bemerkte ADAM:

"Deutschland hat im Gegensatz zum Ausland einen so großen Überfluß an akademischem Nachwuchs, daß eine große Zahl der Krankenanstalten mit Männern besetzt ist, die ohne weiteres in der Lage wären, einen Lehrstuhl auszufüllen."

Meist seien dies frühere Universitätsdozenten, die nur aus Mangel an einer genügenden Zahl von Lehrstätten ihr erstrebtes Ziel nicht erreichen konnten (195).

Allgemein war folgende Regelung der Kurse üblich:

In größeren Städten veranstaltete man "Wochen-Semester-Kurse", die 1 bis 2 Stunden pro Woche das Semester hindurch liefen.

In kleineren Orten bewährten sich dagegen die "Sonabend-Sonntags-Kurse", die Samstag nachmittag oder Sonntag vormittag 1- bis 2mal im Monat stattfanden (196).

In Berlin bot sich der ärztlichen Fortbildung ein besonders umfangreiches Programm, das sich jedes Semester aus einer großen Vortragsreihe und etwa 20 bis 30 einzelnen Kursen über Spezialgebiete zusammensetzte. Die Hörer kamen jeweils wöchentlich einmal für 2 Stunden das ganze Semester hindurch in den veranstaltenden Kliniken und Krankenhäusern zusammen (197).

Besondere Formen der ärztlichen Fortbildung in Berlin waren folgende:

Die "Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin"

(198), die unabhängig vom Reichsausschuß arbeitete, veranstaltete im März und Oktober 2- bis 4wöchige Kurse (199), die hauptsächlich für Ausländer bestimmt waren. Hinzu kamen Gruppenkurse, in denen ein bestimmtes Gebiet von verschiedenen Dozenten jeweils unter dem Gesichtspunkt ihres Spezialfaches erörtert wurde, um so ein möglichst abgeschlossenes Bild des betreffenden Gebietes zu geben. Auch Fortbildungsunterricht für Spezialärzte wurde hier erteilt. Die Dozentenvereinigung vermittelte ferner 2- bis 3monatige Hospitantenstellen in Kliniken (200).

Krankenhauskurse in den Berliner Außenbezirken wurden vom Groß-Berliner Ärztebund aus angeregt (201).

Zu den Dienstagabend-Vorträgen über besonders aktuelle Themen wurden Kenner des betreffenden Faches auch von außerhalb herangezogen. Im Sommersemester kamen Grenzgebiete der Medizin zur Sprache, z.B. Anthropologie, Vererbungswissenschaft, drahtlose Telegraphie, Fernübermittlung von Herztönen (202).

Große organisatorische Schwierigkeiten bereitete die Einrichtung von geburtshilflichen Kursen. Sie war nur im Rahmen von Polikliniken möglich. Die Ausbildung der Studenten in der Geburtshilfe war schon mangelhaft. Wiederholt war die Ärzteschaft beim Reichsausschuß mit dem Verlangen vorstellig geworden, den approbierten Ärzten die Möglichkeit der Fortbildung auf diesem Gebiet zu geben (203). Gerade hier machten sich nach dem Krieg die lückenhaften Kenntnisse vieler Ärzte bemerkbar. Das preußische Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung versuchte zwar, einen Einfluß auf die Leiter der Universitäts-Frauenkliniken auszuüben; sie verhielten sich aber geschlossen ablehnend, da das ihnen zur Verfügung stehende "Material" kaum für den Studentenunterricht ausreichte. Auch die Leiter der Hebammenlehranstalten lehnten "mit ganz wenigen rühmlichen Ausnahmen" eine Zusammenarbeit ab, so daß nur

noch die Hoffnung blieb, mit Hilfe der städtischen und privaten Anstalten trotzdem die Einrichtung solcher Kurse zu ermöglichen (204).

Als auch diese Bemühungen gescheitert waren, entschloß sich der Berliner Ausschuß des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, selbst eine Art Poliklinik einzurichten. Sie wurde am 1. August 1926 (205) in Betrieb genommen und war folgendermaßen organisiert:

Die Vorschrift, daß Hebammen in Deutschland bei pathologischen Entbindungen einen Arzt hinzuziehen müssen, nahm das Kaiserin Friedrich-Haus zum Anlaß, die Berliner Hebammen aufzufordern, bei Bedarf die Hilfe des Kaiserin Friedrich-Hauses in Anspruch zu nehmen. Das Kaiserin Friedrich-Haus hatte 4 "praktisch hervorragend ausgebildete Geburtshelfer" eingestellt und nahm 8 Teilnehmer jeweils für 3 Monate zu einem Kurs an. Die Ärzte konnten in dieser Zeit ihre Praxis weiterführen, mußten sich aber jederzeit rufbereit halten. Der erste Kursmonat galt der theoretischen Ausbildung, später fuhren die Kursteilnehmer zu der von der Hebamme angezeigten Entbindung und leisteten dort unter Leitung des Kurslehrers die erforderliche Geburtshilfe. Da die so entstandene Poliklinik "durchschnittlich 50 bis 60 Entbindungen monatlich" hatte, "und zwar nur solche ausgesucht wertvollen Materials, so ist die Ausbildung, die die Herren hierbei erfahren, eine ganz vorzügliche". Die Poliklinik mußte sich zwar zunächst gegen den Widerstand der Frauenärzte durchsetzen; es wurde aber doch bald anerkannt, daß der Nutzen größer war als der Schaden, der dem einzelnen dadurch zugefügt wurde (206).

"Wander-" oder "Fliegende Kurse" waren notwendig, um auch den Ärzten in kleinen Orten, in denen sich keine Fortbildungsorganisation etablieren konnte, die Möglichkeit zur Fortbildung zu geben. Die Landes- oder Provinzialausschüsse teilten den Ärztevereinen solcher kleineren Städte mit, daß in ihrer Stadt ein Vortrag über ein bestimmtes Gebiet geplant sei. Auch der

Leiter des Krankenhauses wurde verständigt und um geeignete Patienten für klinische Demonstrationen gebeten. Nach einem gewissen Plan wurden auf diese Weise alle Ärztevereine der Provinz versorgt (207).

Die kurz nach der Jahrhundertwende gegründeten Akademien für praktische Medizin konnten sich als Organe der ärztlichen Fortbildung und Ausbildung (208) nicht halten (209):

Nach dem ALTHOFFSCHEN Plan sollten die Städte Düsseldorf und Köln ihre Krankenhäuser voll in den Dienst der ärztlichen Fortbildung stellen und den Ärzten, die sich eingehender unterrichten wollten, Möglichkeiten bieten, sich durch praktische Tätigkeit am Krankenbett und geeignete, dem Bildungsstand des fertigen Arztes angepaßte Vorlesungen weiterzubilden. Für diese Tätigkeit war ein Professoren- und Dozentenstab nach Art der medizinischen Fakultäten der Universitäten vorgesehen. Der Besuch entsprach jedoch nicht den Erwartungen. Köln wurde in eine Universität, Düsseldorf in eine Medizinschule umgewandelt (210).

Nach diesen ersten Akademien für praktische Medizin und neben den spezielleren Aufgaben gewidmeten sozialhygienischen Akademien wurden in den Jahren nach 1933 besondere Akademien für ärztliche Fortbildung errichtet. Nur die neue Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung behielt ihren fachlich umfassenden Charakter.

In Dresden, wo die stark ausgebaute lokale Vereinigung schon vorher "Akademie für ärztliche Fortbildung" hieß (211), sollte später hauptsächlich die Naturheilkunde im Rahmen der Gesamtmedizin gelehrt werden.

In Hamburg war eine Fortbildungsakademie geplant, die Lehrgänge über Tropenmedizin veranstalten sollte.

In München sollte eine Akademie für ärztliche Fortbildung ent-

stehen, in der "Vorsorge des Arztes am schaffenden Menschen in engster Berührung mit seinem Arbeitsplatz ... im Rahmen der nationalsozialistischen Gesundheitsführung ..." als Aufgabe gestellt werden sollte (212).

Gewerbehygienische Kurse wurden vom Zentralkomitee und dem sächsischen Landesausschuß gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene abgehalten, um die Ärzte mit gesetzlichen Neuerungen vertraut zu machen (213).

Daß Kurse in Badeorten besonders vorteilhaft waren, entdeckte man in Karlsbad, wo die ersten Kurse gemeinschaftlich mit dem Internationalen Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen ins Leben gerufen wurden. Auch Lungenkurorte ließen sich durch das Vorbild anregen. Eine gemeinsame Vereinbarung der Badeorte hinsichtlich dieser Kurse mußte eingehalten werden.

ADAM akzeptierte die kommerzielle Seite dieser Veranstaltungen, weil das, was den Ärzten geboten wurde, im allgemeinen wissenschaftlich hochwertig war (214).

Außer der Berliner Dozentenvereinigung gab es noch eine Reihe anderer vom Zentralkomitee und vom Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen unabhängiger ärztlicher Fortbildungsinstitutionen (215): so den "Verein für ärztliche Fortbildungskurse" in Berlin. Er hatte besonderen Wert dadurch, daß seine Mitglieder nur sehr kleine Gruppen von Hörern annahmen, häufig nur ein bis zwei (216). Das "Seminar für soziale Medizin" war eine Einrichtung der Berliner Sektion des Leipziger Verbandes. Es lehrte in den Jahren 1925 und 1926 nicht soziale Medizin, sondern hielt Kurse für angehende Kassenärzte ab (217).

Die sozialhygienischen Akademien in Berlin-Charlottenburg, Düsseldorf und Breslau sahen ihre Aufgabe darin, Ärzte für den Kreis-, Kommunal- und Fürsorgedienst in dreimonatigen Kursen vorzubereiten (218). Auch das Berliner "Robert Koch-Institut"

für Infektionskrankheiten bildete Ärzte fort (219).

Und auch die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen diente zu einem Teil diesem Zweck (220).

Außer diesen mehr oder weniger durch amtliche oder berufsorganisatorische Mitwirkung legitimierten Kursen gab es andere, die durch Einzelpersonen und ad hoc gegründete Interessenvertretungen, teilweise auch durch Fabrikunternehmungen veranstaltet wurden, so z.B. Röntgenkurse. Zusammensetzung und Wertigkeit waren dem Reichsausschuß jedoch nicht bekannt (221).

Insgesamt nahmen jährlich etwa 8000 Ärzte an einem Fortbildungskurs teil, das war etwa 1/5 der gesamten Ärzteschaft (222). Um auch den letzten Arzt auf dem Lande und in den kleinsten Städten mit Fortbildungsveranstaltungen zu erreichen, wurden vom Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen Rundfunkvorträge organisiert. Der Reichsausschuß traf mit dem größten deutschen Sender in Königswusterhausen, der Deutschen Welle, die Vereinbarung, ihm regelmäßig am Freitag abend eine halbe Stunde für ärztliche Fortbildungsvorträge zur Verfügung zu stellen. Der Reichsausschuß stellte das Programm auf, während die Deutsche Welle die Honorierung der Vortragenden übernahm (223).

e. Im Wandel der Zeit - Anpassung an äußere Bedingungen.

1. Krieg - Beginn der Amtszeit ADAMS.

Das Jahr 1914 brachte entscheidende Wandlungen in der Leitung des Kaiserin Friedrich-Hauses. Der Ausbruch des Weltkrieges stellte die Fortbildungsorganisationen vor schwierige Aufgaben. Seit 1914 war ADAM Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses. LOWIN, der schon seit März 1903 Mitarbeiter KUTNERS gewesen war (224), wurde zum stellvertretenden Direktor gewählt.

"Als die Kriegserklärung erfolgte, waren in den meisten Fortbildungszentren die Kurse für den Herbst und Winter bereits organisiert. Sie mußten aber dem ehernen Gebot der Stunde weichen. An die Stelle der Friedensmedizin trat die Kriegsmethodik. Vom Kaiserin Friedrich-Hause bzw. dem Reichsausschuß und preußischen Zentralkomitee angeregt, veranstalteten sofort die in Frage kommenden Unterorganisationen kurzfristige Kurse in gedrängtester Form um die ins Feld ziehenden Zivilärzte in ihren neuen Tätigkeitskreis einzuführen und sie für ihre neuen Pflichten vorzubereiten" (225).

In Berlin und anderen Zentren wurden die "Kriegsärztlichen Abende" (226) eingeführt; dort besprach man in engerem Kreis regelmäßig wichtige aktuelle Fragen. Die Abende fanden in dem im ersten Kriegsjahr eröffneten Langenbeck-Virchow-Haus statt, weil der Hörsaal im Kaiserin Friedrich-Haus nicht ausreichte (227).

Als der Bewegungskrieg in Stellungskrieg überging, wurden auch im Feld ärztliche Fortbildungskurse durchgeführt, die durch den Feldsanitätschef v. SCHJERNING (228) unterstützt wurden. ADAM konnte sich durch eigene Anschauung überzeugen, daß diese wissenschaftlichen Sitzungen, Vorlesungen und Kurse für approbierte Ärzte und Feldunterärzte sowie für die im Heeres-sanitätsdienst stehenden jüngeren Medizinstudenten ein erstaunlich hohes Niveau hatten. Er studierte die Verhältnisse an der West-, Ost- und Südfront (229).

Das Kaiserin Friedrich-Haus stellte seine Einrichtungen auch

für den Samariterunterricht zur Verfügung (230). Im Jahre 1916 fand im Fortbildungszentrum eine "Kriegsärztliche Ausstellung" für 4 Monate Platz. Diese Ausstellung war von der Medizinalabteilung im Kriegsministerium und auch von v. SCHJERNING gefördert worden. Die Ausstellung wurde noch in Köln und Leipzig gezeigt. Eine ähnliche Ausstellung wurde im Reichstagsgebäude aufgebaut und war vom Kaiserin Friedrich-Haus mitbetreut worden (231). Weitere Ausstellungen konnte das Kaiserin Friedrich-Haus während des Krieges durchführen. Anlässlich der Pockenepidemie veranstaltete das preußische Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen unter Mithilfe der Medizinalabteilung des Innenministeriums eine Pockenausstellung. Ihre Hauptbestandteile wanderten ebenfalls, für 2 - 4 Wochen, in andere Städte, so nach Breslau, Dresden, Görlitz, Bromberg, Danzig, Hannover, Bielefeld, Münster i. W. und Hamburg. Die wichtigsten Gegenstände, z.B. Moulagen und statistisches Material, fanden später als Besitz des Zentralkomitees im eigenen Hause Aufnahme (232).

Sogar eine Ausstellung zur Erinnerung an Robert KOCH konnte während des Krieges gelegentlich der "Enthüllung des Robert-Koch-Denkmal auf dem Luisenplatz" stattfinden (233).

Zum 400. Geburtstag des "Vaters der neueren Anatomie", Andreas VESAL, wurde eine kleine historische Ausstellung mit geschichtlichen Werken und anatomischen Abbildungen, darunter einem Exemplar der "Fabrica" gezeigt (234).

2. Nachkrieg.

Neue Probleme entstanden für das ärztliche Fortbildungswesen in der Nachkriegszeit, als das Auftreten von Volksseuchen dringend Gegenmaßnahmen erforderte. Mit finanzieller Unterstützung der Landesversicherungsanstalten wurden z.B. kurzfristig Kurse über die Frühdiagnose und Behandlung der Geschlechtskrankheiten, vor allem der Syphilis, in 70 deutschen Städten durchgeführt. In insgesamt 174 Kursen wurden etwa 5000 Ärzte informiert. Ähnliche Kurse wurden in den folgenden Jahren auch über Tuberkulose veranstaltet (235).

Im folgenden Jahrzehnt wurden andere Probleme behandelt. Impfkurse waren vorwiegend in Preußen indiziert, denn in den übrigen Ländern waren die Impfarzte meist beamtet und erhielten neben ihren obligatorischen Fortbildungskursen auch Informationen über das Impfwesen. Es wurde ein Fünfjahresplan aufgestellt. Alle Impfarzte sollten dabei erfaßt werden. In 1 - 2 Tage dauernden Kursen wurden jährlich 300-600 Ärzte ausgebildet. Sie berücksichtigten nicht allein die praktische Betätigung des Impfarztes, sondern gaben auch theoretisches Material über die Impfschäden und über die Bekämpfung der Impfgegner. Die Tätigkeit dieser Kreise hatte nämlich immer mehr um sich gegriffen. Die Kosten wurden normalerweise von den entsendenden Gemeinden getragen. Wenn diese dazu nicht die Mittel hatten, übernahm das preußische Wohlfahrtsministerium die Unterstützung (236).

Weiterhin wurden vom Reichsausschuß zusammen mit der Berufsgenossenschaft für das Gesundheitswesen Unfallbehandlungskurse durchgeführt (237).

"Gaskursen" zur Verbesserung der Behandlung Giftgaserkrankter legte das Reichsministerium des Innern große Bedeutung bei (238). Fortbildungskurse auf dem Gebiet der Krebskrankheiten, z.T. mit Unterstützung des Reichsausschusses zur Bekämpfung der Krebs-

krankheiten, erschienen im Laufe der Zeit immer dringlicher (239).

Für die im Krieg einseitig tätig gewesenene Ärzte mußten zuerst auch Kurse zur Orientierung über sämtliche Gebiete der Medizin vorbereitet werden (240).

Um den "Notapprobierten", die erst durch Kurse während ihrer Tätigkeit als Lazarettgehilfen oder dergleichen befähigt waren, ihr "Notexamen" in der Heimat zu bestehen, und die während des Krieges nichts mit Kinder- und Greisenkrankheiten, nichts mit Frauenkrankheiten und Geburtshilfe zu tun gehabt hatten, auf diesen Gebieten noch weiter fortzubilden, waren Kurse geplant, die gleich nach Beendigung des Krieges einsetzen sollten. In der Zeit vom Waffenstillstand bis zum definitiven Frieden, in der zwar das Militär noch unter Waffen sein, aber Kampfhandlungen nicht mehr vorgenommen werden würden, sollten die Notapprobierten obligatorisch diese Kurse besuchen. "Das übereilte Ende des Krieges machte diese Pläne zuschanden." So berichtete ADAM noch im Jahre 1939 (241), während er 1919 nur die ministeriellen, finanziellen Schwierigkeiten beklagt hatte:

"Die Volksgesundheit hat zweifellos ein eminentes Interesse daran, daß diese nur unvollkommen vorgebildeten jungen Ärzte nicht ohne weiteres auf die Menschheit losgelassen werden. Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen hatte in eingehenden mühseligen Beratungen einen Plan ausgearbeitet, demzufolge für die 3500 Kriegsapprobierten Preußens dreimonatige praktische Kurse am Krankenbett vorgesehen waren. Die Gesamtkosten hierfür einschließlich der pekuniären Unterstützung der Notapprobierten während der Unterrichtszeit sollten insgesamt 600 000 Mk. betragen, d.h. pro Kopf noch nicht einmal 200 Mk. Der damalige Minister des Innern Hirsch erkannte die Angemessenheit des Betrages durchaus an. Der Herr Finanzminister bzw. sein vortragender Rat machte aber einen Strich durch die Rechnung, und die Folge davon war, daß von den 3500 Notapprobierten sich nur 250 an diesen Kursen haben beteiligen können. Wie groß mag an Geldeswert der Schaden an Volksgesundheit zu bewerten sein, der durch diese Kleinlichkeit in der Geldbewilligung entstehen muß?" (242).

3. Inflation.

Die anfänglichen rein organisatorischen Aufbauarbeiten im Bereich des ärztlichen Fortbildungswesens waren abgeschlossen, auch die Kriegs- und unmittelbare Nachkriegszeit waren überstanden. Eine ernsthafte Krise für die Tätigkeit des Kaiserin Friedrich-Hauses brachte aber die Inflation. Außerdem war 1919 der Generalkonsul Robert v. MENDELSSOHN gestorben, der die Finanzen der Kaiserin Friedrich-Stiftung von Anfang an verwaltet hatte (243). Zwar stellten die betreuenden Ministerien reichliche Mittel zur Verfügung, die Beträge waren aber zu einem Nichts zerronnen, wenn sie auf dem Verwaltungswege das Haus erreicht hatten. Eine staatlich genehmigte Lotterie sollte 300 000 M. Reingewinn bringen. Auch damit war aber nicht viel geholfen. So wurde es eine Zeitlang die wesentlichste Aufgabe des Direktors ADAM, "in der Welt herumzureisen, um neue Gönner zu finden, oder alte Gönner zu neuen Spenden zu veranlassen". Der Schatzmeister erreichte schließlich, daß eine Reihe von Kuratoriumsmitgliedern sich bereitfand, je einen jährlichen Zuschuß von 5000 M. zu gewähren. Aber auch das gab nur kurze Zeit Sicherheit. Die täglich wachsenden Sorgen führten zuletzt zu dem Entschluß, einen Teil des Hauses zu vermieten und die Einrichtungsgegenstände einiger Kurssäle und Laboratorien, die entbehrlich waren, zu verkaufen (244).

Die Ausstellungsgegenstände wurden magaziniert, Büroräume und Hörsäle auf das äußerste beschränkt, so daß etwa die Hälfte des Hauses, d.h. 1000 qm, frei wurde (245). Damals verlegte die Breslauer Waggonfirma Linke-Hoffmann, Lauchhammer, ihre Generaldirektion nach Berlin und suchte 1000 qm Verwaltungsräume "in einem respektablen Hause". Das Angebot, pro qm 1 Dollar zu berechnen, erschien außerordentlich verlockend. Da es ADAM und den übrigen Verantwortlichen aber fernlag, mit der Vermietung Geschäfte zu machen, sie dagegen nur für die Sicherung

der Existenz des Hauses Sorge trugen, kam man überein, daß die Firma Heizung und Beleuchtung des ganzen Hauses übernehmen und für einen Teil der Angestellten die tarifmäßigen Gehälter zahlen sollte. Der Betrag dafür lag insgesamt unter 1000 Dollar, und die Firma nahm an. Bei weiterem Raumbedarf der Firma wurden die noch der Deckung harrenden Gehälter mit übernommen.

In bestem Einvernehmen mit dieser Firma hat das Kaiserin Friedrich-Haus die Inflation überstanden. Ursprünglich war der Vertrag auf 10 Jahre geschlossen worden. Als aber nach der Stabilisierung die Gehälter wieder Vorkriegshöhe erreichten, gestaltete sich der Vertrag für die Firma bald so ungünstig, daß es ihr unrentabel erschien, die Räume weiter zu behalten. "Freundschaftliche Verhandlungen führten zu dem Ergebnis, daß der Vertrag gegen Zahlung einer angemessenen Abstandssumme aufgehoben wurde"(246). Dieses Geld wurde vom Kuratorium als Grundstock eines Pensionsfonds (247) für die Angestellten des Hauses verwendet; durch jährliche Zuschüsse sollte er allmählich auf eine ausreichende Höhe gebracht werden (248).

Da das gesamte Vermögen während der Inflationszeit verlorengegangen war, mußte sich das Haus jetzt nach neuen Einnahmequellen umsehen. Überflüssige Räume wurden an verwandte Organisationen weiter vermietet, z.B. an den Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, als er im Jahr 1925 von Dresden nach Berlin zog; an den Reichsausschuß für Krebsbekämpfung (249); an das Dresdner Hygiene-Museum für eine belehrende Ausstellung hygienischer Lehrmittel und an die gemeinnützige Gesellschaft "Außenhandelsverband" (250).

Nach den unruhigen Zeiten der Inflation folgten Jahre zäher, energischer Arbeit, um das Zerstörte wieder aufzubauen. Insbesondere sollten endlich Landärzte mehr Berücksichtigung finden (251). Damit die Fortbildung für die Teilnehmer unentgeltlich sein und

sie für ihre Ausgaben entschädigt werden konnten, war vor allem wieder Geld erforderlich. Die drei Prinzipien der Fortbildungsveranstaltungen wurden immer wieder hervorgehoben: die Kurse mußten 1. unentgeltlich, 2. am Wohnort oder in seiner unmittelbaren Nähe stattfinden und 3. zeitlich an die Erfordernisse der Praxis angepaßt sein (252).

Man versuchte, die Landärzte wenigstens an der theoretischen Fortbildung direkt zu beteiligen dadurch, daß Gruppen von Dozenten Vorträge in der Provinz, d.h. vor den provinziellen Ärztevereinen, und zwar an den Wochenenden hielten. Listen solcher Vortragenden wurden zusammengestellt. In Krankenhäusern kleinerer Städte schuf man "Sonntags-Vormittags-Vorträge", zu denen Dozenten aus der benachbarten Universität kamen (253).

Ärztékammern, Landesversicherungsanstalten und Ärztevereinsbund stellten Geld und Fortbildungsstätten zur Verfügung (254). Die Stadtverwaltungen zeigten ebenfalls zunehmend Verständnis für die Belange der ärztlichen Fortbildung (255).

So mietete z.B. die Ärztekammer Schleswig-Holstein zur Einrichtung von Hospitantenkursen in den Krankenhäusern von Kiel und Altona sowie in der Kieler Universitätsklinik Betten, die sie mit fortbildungswilligen Ärzten belegte, welche 2-4 Wochen dort als Volontärärzte eingestellt wurden (256).

Lungenheilstätten und Hebammenlehranstalten nahmen ebenfalls Ärzte für einige Wochen auf. Auch einige Universitätskliniken folgten diesem Beispiel (257).

Die Provinz Brandenburg beschritt erstmalig im Winter 1929/30 diesen neuen Weg. Die Ärztekammer der Provinz Brandenburg, die Provinzialregierung und die Landesversicherungsanstalt richteten gemeinsam Kurse von 8tägiger Dauer in Lungenheilstätten ein, also in unmittelbarem Anschluß an Krankbett und Laboratorium.

Neu war die Verteilung der entstehenden Kosten. Die Ärzte wurden unentgeltlich in den Heilstätten aufgenommen, die von der Regierung oder der Versicherungsanstalt unterhalten wurden. Das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen übernahm die Honorierung der Dozenten, und die Ärztekammer zahlte an die Kursteilnehmer 150 Mark zur Deckung der Kosten für einen Vertreter. Besonders beachtenswert erschien ADAM die Art, in der die Ärztekammer der Provinz Brandenburg die Mittel hierfür aufbrachte. Sie erhob von jedem Kammermitglied 6 RM speziell für diesen Zweck der ärztlichen Fortbildung.

"Es ist dies ein psychologisch richtiger Gedanke, denn wenn jemand für einen besonderen Zweck Geld hergibt, so will er schließlich auch einmal von diesem Gelde etwas haben. Es wird auf diese Weise gleichzeitig der Wunsch nach ärztlicher Fortbildung gesteigert" (258).

Um alle diese Bestrebungen auf eine breitere Basis zu stellen, beschloß der Ärztevereinsbund nach einem Vortrag ADAMS auf dem Kölner Ärztetag im Jahre 1931 eine größere Summe, 40 000 RM, zur Weitergabe an die Ärztekammern in seinen Etat einzusetzen und die Ärztekammern aufzufordern, Beträge von etwa 5- bis 10 000 RM auszuwerfen, um Landärzte, die zu Fortbildungszwecken in die Stadt fahren wollten, zu unterstützen (259).

Auf dieser Grundlage ergriffen auch andere Ärztekammern die Initiative und veranstalteten nach dem brandenburgischen Vorbild zusammen mit den Landes- und Ortsausschüssen für das ärztliche Fortbildungswesen ebenfalls Kurse, wobei die empfohlene Unterstützung der Landärzte möglichst aus eigenen Mitteln der Ärztekammern kam (260).

So waren die Besprechungen über die zukünftige Gestaltung des ärztlichen Fortbildungswesens, die im Frühjahr 1928 und 1929 in Wiesbaden im Interesse einer mehr praktischen Fortbildung und im Interesse der Fortbildung der Landärzte stattgefunden hatten, nicht ohne Erfolg geblieben (261).

Nicht nur die genannten Organisationen, besonders die Standesorganisationen, auch der einzelne Arzt schenkte der Frage seiner Fortbildung zunehmende Beachtung (262).

Damit schien der Boden für die Einführung einer pflichtmäßigen Ärztefortbildung vorbereitet; ein nennenswerter Widerstand der Ärzteschaft gegenüber dieser als selbstverständliche Pflicht und nicht als lästiger Zwang angesehenen Aufgabe war nicht mehr zu erwarten.

Aber die Frage ist, ob die Fortbildung unter diesen Umständen überhaupt noch zur Pflicht deklariert werden mußte. Vorteile fachlicher Art waren davon nicht zu erhoffen. Die Gefahren wurden nicht ausgesprochen. Bevor ADAM während der allmählichen Planung der Pflichtfortbildung Gefahren erkannte, äußerte er:

"Eine wirklich durchgreifende Besserung war nur zu erwarten, wenn die Fortbildung Pflicht wurde. Eine Reihe von süddeutschen Ärztekammern hatte die Teilnahme an Fortbildungskursen bereits als Pflichtleistung eingeführt. Auch der Ärztetag in Köln hatte es in aller Deutlichkeit ausgesprochen, daß es allmählich zu einer Standespflicht werden müsse, sich fortzubilden, auch wenn der äußere Zwang dazu noch fehle. Aber das waren alles nur fromme Wünsche; vom Wunsch bis zur Ausführung wäre noch ein langer Weg gewesen, wenn man auch innerlich das Gefühl hatte, der Weg des Zwanges sei die einzig mögliche Lösung. Dazu bedurfte es einer starken Hand und eines starken Staates, um diesen Gedanken zur Wirklichkeit werden zu lassen. Wir danken es dem neuen Staate, seinem Gründer und unserem Ärzteführer, daß dieser Gedanke endlich Form gefunden hat, zum Besten der Gesamtheit des Volkes, zum Besten des Ansehens des Ärztestandes und zum Besten jedes einzelnen Arztes" (263).

Rückblickend ist nicht zu verstehen, daß folgende Ausführungen des stellvertretenden Reichsführers der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands im gleichen Heft erscheinen konnten:

"Schon in früheren Zeiten hat die Ärzteschaft sich mit Fragen der Fortbildung befaßt. In den ärztlichen Vereinen, besonders in den größeren Städten, wurden zumeist im Winter regel-

mäßig wissenschaftliche Vorträge gehalten, in Krankenhäusern fanden Demonstrationsabende statt, an ärztlichen Akademien wurden Kurse veranstaltet und manche Ärztekammern ließen an den in ihrem Bereich liegenden Universitäten Fortbildungskurse für praktische Ärzte von etwa 8- bis 10tägiger Dauer abhalten, wozu sogar den Teilnehmern eine Beihilfe gewährt wurde. Es geht hieraus hervor, daß das Bedürfnis nach Fortbildung seitens der Ärzteschaft auch schon früher bestand und auch seitens der Berufsvertretung bejaht wurde. Aber im liberalistischen Staat war es dem Einzelnen überlassen, ob und inwieweit er irgendeine Schulung und Fortbildung durchmachen wollte. Wer den Drang in sich fühlte, sich weiter zu bilden, und wer die Möglichkeit und den Willen dazu hatte, dies durchzuführen, der fand Gelegenheit dazu, entsprechend seiner Einstellung und Neigung, der eine im kommunistischen Sinne, der andere in irgend einer anderen marxistischen Richtung, der dritte im demokratischen oder kirchlichen Fahrwasser usw. Auch hier war alles auf das Belieben des Einzelnen abgestellt und der Zersplitterung Vorschub geleistet. Auch hier lebte man sich auseinander. ...

Heute ist es Pflicht der Führung der Ärzteschaft, für Schulung und Fortbildung zu sorgen, Pflicht des Arztes, an ihr teilzunehmen. Uns Nationalsozialisten war es daher von vornherein klar, daß die ärztliche Fortbildung nur eine Pflichtfortbildung sein konnte. Regelmäßige Schulung und Fortbildung im Beruf ist feststehender nationalsozialistischer Grundsatz.

Als Pg. Dr. Wagner im Frühjahr 1933 die Führung der deutschen Ärzteschaft übernahm und seine Beauftragten für die verschiedenen ärztlichen Organisationen einsetzte, war es sein Wille, nicht nur die deutsche Ärzteschaft für die großen Aufgaben zu erziehen, die ihr im Dritten Reich zufallen würden, sondern den Berufsstand selbst sittlich und wissenschaftlich auf eine Höhe zu bringen, die es dem deutschen Arzt ermöglichen würde, das Vertrauen aller Volksgenossen zurückzugewinnen, das auf vielen Gebieten in der Systemzeit verlorengegangen war. Bevor jedoch diese Aufgabe selbst in Angriff genommen werden konnte, war es notwendig, die organisatorischen Voraussetzungen hierfür zu schaffen und ferner im Denken des einzelnen Arztes einen Umbruch im Sinne nationalsozialistischer Weltanschauung vorzubereiten. Es galt, eine neue äußere und innere Ausrichtung der deutschen Ärzte zu schaffen. Dies ist inzwischen geschehen. Durch weltanschauliche Schulung, durch Arbeit in der Bewegung und den ihr angeschlossenen Organisationen sowie durch Beteiligung an den Aufgaben des Hauptamtes für Volksgesundheit ist der Geist des Nationalsozialismus in die deutsche Ärzteschaft eingezogen und artfremde sowie politisch Unzuverlässige sind in erheblichem Maße aus dem Berufsstande entfernt worden" (264).

4. 1933 und Folgezeit.

a) Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung.

Schon "in den Jahren nach dem Kriege begann der Plan Gestalt zu gewinnen, das ärztliche Fortbildungswesen in der Stadt Berlin zur besseren Wirkung in einer Zentralstelle zusammenzufassen" (265). Rückschauend wird hier von CONTI die Entwicklung des Fortbildungswesens bis zum Einschnitt im Jahr 1933 beurteilt:

"Schon seit längerer Zeit bestand, wenn auch in beschränktem Umfange, ein städtisches ärztliches Fortbildungswesen, in welchem Kommunalärzte, insbesondere Schul- und Fürsorgeärzte, z.B. in der Therapie der Tuberkulose, in der Säuglingspflege, in der Medizinalstatistik u. a. systematisch fortgebildet wurden. Daneben bestanden Kurse der Berliner Dozentenvereinigung, in deren Rahmen der leitende Arzt Kurse anmelden und abhalten konnte. Besonders zu nennen sind aber die schon in etwas strafferer Form durchgeführten regelmäßigen Kurse des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen. Alle diese an sich durchaus beachtenswerten Ansätze einer planmäßigen ärztlichen Fortbildung, die jedoch weder eine Ideallösung des Problems darstellten, noch geeignet waren, den alten guten Ruf der Reichshauptstadt als Stadt hohen ärztlichen Könnens und medizinisch-wissenschaftlicher Bildung zu wahren oder auch nur die in Berlin überreichlich gebotenen vielseitigen medizinischen Ausbildungsmöglichkeiten einigermaßen auszuschöpfen, galt es zentral zusammenzufassen, straff zu organisieren und einem größeren Kreis von Ärzten zugänglich zu machen" (266).

Deshalb wurde im Jahr 1933 "unter Führung der Stadt mit Genehmigung des Ministers für Wissenschaft und Volksbildung und wesentlich gefördert von der Medizinalabteilung des Ministers des Innern die 'Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung' errichtet". Sie sollte

"nicht nur die Berliner Universitätsinstitute, sondern auch die städtischen Krankenanstalten mit ihren Lehr- und Lernmöglichkeiten und teilweise hervorragend ausgestatteten Instituten und Einrichtungen in weitem Umfange in den Dienst der praktischen klinischen Ausbildung der Studierenden und Fortbildung der schon praktizierenden Ärzte und namentlich auch der ausländischen Ärzte stellen" (267).

"Im Einvernehmen mit den Ministerien, den Organisationen des ärztlichen Fortbildungswesens und der Medizinischen Fakultäten"

tät hat die Stadt Berlin das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in dieser Akademie zusammengefaßt und im Sinne der nationalsozialistischen Weltanschauung unter einheitliche Führung gestellt. Die Akademie stellt die Tradition des Vorkriegs-Berlin in medizinischer Hinsicht dar" (268).

"Durch die Reichsärzteordnung vom 13. 12. 35 ist die gesamte ärztliche Fortbildung in die Hand des Reichsärztführers gelegt worden. Entsprechend wird auch die Berliner Akademie mit in die Fortbildungsmaßnahmen und Pläne des Reichsärztführers inhaltlich und organisatorisch eingegliedert und wird dann in diesem Rahmen eine bedeutsame Pflegestätte der ärztlichen Fortbildung darstellen" (269).

Die gesamte Fortbildungsorganisation unterstand dem Reichsärztführer und wurde unter diesem verantwortlich geleitet von seinem Beauftragten für das ärztliche Fortbildungswesen (270).

Die Akademie unterstand dem Beauftragten des Reichsärztführers BLOME und wurde von ADAM geleitet, der als Geschäftsführer die laufenden Arbeiten erledigte. Verwaltet wurde sie von einem Kuratorium von Sachverständigen (271), dem ein wissenschaftlicher Ausschuß zur Seite stand. Den Vorsitz dieses wissenschaftlichen Senats führte CONTI, Mitglieder waren Vertreter der wichtigsten medizinischen Disziplinen (272). Träger der Akademie war nach der Satzung die Stadt Berlin bzw. der Oberbürgermeister (273).

Anscheinend war der "Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung" anfänglich wirklich ein größerer Aufgabenbereich zugedacht gewesen, denn ADAM berichtet noch 1935: "Die ärztliche Fortbildung ist Aufgabe der kommenden Reichsärztekammer, die mit dieser Aufgabe eine Akademie für ärztliche Fortbildung betraut, die unter der Leitung des Beauftragten des Reichsärztführers Dr. Blome stehen wird" (274). Und ADAM führt dann anschließend näher aus:

"Die Akademie für ärztliche Fortbildung benutzt als Organisationssystem die Einteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) in der Weise, daß die Provinzial- bzw. Landesstellenleiter auch die Organisationsleiter der Fortbildung in ihrem Geschäftsbereich werden. Diese bestimmen am Fortbildungsort einen Fortbildungsleiter, der die Verhandlungen mit den Krankenhäusern, die Berufung der Dozenten, die Auf-

stellung des Einzelprogramms usw. vorzunehmen hat. In der Mehrzahl der Fälle wird dies einer von den Krankenhausärzten sein" (275).

Schließlich bestand der Aufgabenbereich der Berliner Akademie nur in einem Teil der "zusätzlichen" oder "fakultativen" Fortbildung. Das Gesamtgebiet der Fortbildung gliederte sich in Pflicht- und zusätzliche Fortbildung. BLOME definierte:

"Die Pflichtfortbildung umfaßt alle die Gebiete, welche das Mindestmaß des Wissens und Könnens darstellen, welche für einen gut ausgebildeten und in der Praxis tätigen Arzt unbedingt notwendige Grundlage sind. Die zusätzliche Fortbildung geht über diese Mindestforderung hinaus und ist an gewisse Voraussetzungen bestimmter Tätigkeit des Arztes gebunden; sei es auf gesundheitspolitischem, sei es auf rein ärztlichem Gebiete. In diese Kategorie fallen unter anderem wissenschaftliche Vorträge in ärztlichen Vereinigungen, medizinischen Gesellschaften, Bade- und Kurorten. Aufgabe der kommenden Reichsärztekammer wird es sein, diesem Gebiet ihre besondere Aufmerksamkeit zu schenken und die Möglichkeiten dafür zu schaffen. Ein Teil der zusätzlichen Fortbildung wird ebenfalls zur Pflicht gemacht" (276).

Allgemein charakterisierte die zusätzliche Fortbildung, daß sie freiwillig war und alle Gebiete der ärztlichen Wissenschaft und Gesundheitsführung umfaßte. Man unterschied zwischen Kursen, die nach ihrer Themenstellung für praktische Ärzte und Fachärzte gemeinsam gedacht waren und Kursen, die alljährlich nach einer bestimmten Planung in den Sommermonaten als Internationale Facharztfortbildungskurse an verschiedenen Universitäten bzw. großen Krankenhäusern veranstaltet wurden. Die großen Disziplinen wurden unmittelbar aneinander anschließend so gebracht, daß sie in mehreren Einzelkursen einen Überblick über den größten Teil des Faches ermöglichten. Einzelkurse an Universitäten und in Kur- und Badeorten (277) sowie Kurse an den Akademien für ärztliche Fortbildung in Berlin, Dresden und Wien (278) rechneten ebenfalls zur zusätzlichen Fortbildung (279).

Die fakultative Fortbildung war grundsätzlich international. Eine bedingte organisatorische Aufteilung fand sie einmal in der Tätigkeit

der "Akademie für ärztliche Fortbildung", in der Veranstaltung von Fortbildungskursen in Badeorten, allerdings nicht mehr von Kurverwaltungen veranstaltet, an besonderen Instituten, Einrichtungen und dgl. Außerdem in dem speziellen Gebiet der Facharztfortbildung, und zwar der Fortbildung des Facharztes in seinem Sonderfach. Neben den besonderen Fortbildungsstätten für die Fachärzte konnten auch die Akademien für ärztliche Fortbildung zur Facharztfortbildung herangezogen werden (280). Ab 1936 wurde auch die fakultative Fortbildung zentral gesteuert (281).

Auf diesen engen Rahmen beschränkt, organisierte die Berliner Akademie unter ADAM eine Fülle von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, wie es vor der Umstrukturierung schon jahrzehntelang geschehen war.

Sogenannte internationale ärztliche Fortbildungskurse wurden kurzfristig, 1- bis 4wöchig, vorwiegend für auswärtige und ausländische sowie Fachärzte im Frühjahr und Herbst veranstaltet.

Die Akademie vermittelte Sonderkurse über sämtliche Gebiete der Medizin zu beliebiger Zeit, z.T. in englischer, französischer, italienischer und spanischer Sprache. Ausschließlich den besonderen Wünschen von ausländischen Ärzten kamen die Privatkurse in fremden Sprachen entgegen, die ebenfalls die Akademie organisierte. Ausländische Besucher kamen hauptsächlich aus den östlichen Staaten und aus Japan, außerdem aus Belgien und Italien.

Langfristige Fortbildungskurse - sie dauerten 3 Monate, waren also Semesterkurse mit 1 1/2 bis 2 Stunden pro Woche - für Berliner Ärzte und Ärzte der Provinz Brandenburg berücksichtigten alle Gebiete der Medizin und betonten hierbei besonders die praktische Tätigkeit am Krankenbett.

Eine Vortragsreihe im Kaiserin Friedrich-Haus kostete für deutsche Ärzte aus Berlin und dem Reich 3 RM. Sämtliche Vor-

lesungen konnten sie für 15 RM hören. Nichtbeamtete hauptamtliche Ober-, Assistenz- usw. Ärzte konnten eine Pauschalkarte für 1 RM kaufen. Weiterhin wurden Hospitantenkurse für Landärzte vermittelt (282). Alle Ankündigungen veröffentlichte die Berliner Akademie ein- bis zweimal jährlich im "Führer durch das medizinische Berlin" (283). Diesem ist auch zu entnehmen, daß von 1936 bis 1938 die ärztliche Fortbildung in Deutschland noch "in vollkommener Neuordnung begriffen" war, während sie 1939 dann "vollkommen neu gestaltet worden" war (284).

b) Kaiserin Friedrich-Haus.

"Eine vollkommene Umwandlung erlitt das Haus durch den national-sozialistischen Umbruch insofern, als das gesamte ärztliche Fortbildungswesen durch die Reichsärztekammer übernommen wurde" (285).

Hauptträger der ärztlichen Fortbildung waren danach:

die Berliner Medizinische Fakultät,
das Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen als ausführendes Organ des dem Ärztevereinsbund bzw. der Reichsärztekammer angegliederten Fortbildungswesens,
die Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung und
die Staatsmedizinische Akademie in Charlottenburg (286).

Das Kaiserin Friedrich-Haus war auch weiterhin der räumliche Mittelpunkt für das gesamte Fortbildungswesen in Deutschland (287). ADAM war weiterhin Direktor, ebenso auch Geschäftsführer der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen (288), PÜTZ wurde 1935 stellvertretender Direktor (289).

Außer der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel, die sich "in den vergangenen Jahren in eine Staatliche Mediko-Historische Sammlung gewandelt hatte", hatte nur die Reichsärztekammer Räume im Kaiserin Friedrich-Haus inne (290). Folgende Organisationen waren jetzt in diesem alten Zentrum untergebracht:

Die Geschäftsstelle für das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland, soweit es der Aufsicht des Ärztevereinsbundes bzw. der 1936 gegründeten Reichsärztekammer unterlag. Diese Stelle leitete der Beauftragte des Reichsärztführers für das ärztliche Fortbildungswesen (291).

Die Geschäftsstelle der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung unter ADAM als Geschäftsführer.

Die Schriftleitung der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.

Die staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel, der ebenfalls weiterhin ADAM vorstand und die innerhalb Deutschlands das Lehrmaterial für Ärztekurse, akademische Vorlesungen sowie für Laienunterricht in der Krankenpflege verlieh.

Das Rassepolitische Amt der NSDAP, das aber im Herbst 1936 an dieser Stelle nicht mehr erwähnt ist.

Die Deutsche Gesellschaft für ärztliche Studienreisen, der seit 1936 ADAM als Geschäftsführer vorstand (292).

Das Auslandsamt der Dozentenschaft, ebenfalls seit 1936.

Das "Informationsbüro" bzw. die "Ärztliche Auskunft", die "unentgeltlich" und "unparteiisch" Auskunft über alle Fragen des ärztlichen Fortbildungswesens gab (293).

ADAM zieht folgende Bilanz:

"So steht auch heute das Kaiserin Friedrich-Haus nach 33jähriger Tätigkeit noch immer da als örtlicher Mittelpunkt des ärztlichen Fortbildungswesens in Deutschland. Das Fortbildungswesen selbst hat zwar während der Zeit seines Bestehens einen ungeahnten Aufschwung genommen. Aus schüchternen Versuchen ist eine staatlich anerkannte Pflichtaufgabe geworden. Das Kaiserin Friedrich-Haus aber ist das alte geblieben und ist das, was es vor 33 Jahren war: der Mittelpunkt des für die ganze Welt vorbildlichen deutschen ärztlichen Fortbildungswesens" (294).

Und später:

"Das Kaiserin Friedrich-Haus ist auch heute der Mittelpunkt und das Organisationszentrum der neuen ärztlichen Pflichtfortbildung und wird dazu beitragen, durch die bessere Ausbildung und Fortbildung der Ärzte, die nunmehr auf eine breitere Basis gestellt ist, das deutsche Gesundheitswesen auf die Stufe zu heben, die es nach dem Willen unseres Führers und Reichskanzlers im Dritten Reich einnehmen soll" (295).

c) Pflichtfortbildung.

"Aus schüchternen Versuchen ist eine staatlich anerkannte Pflichtaufgabe geworden" (296).

"Durch den Erlaß der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 wird auf dem Gebiete der ärztlichen Fortbildung nicht mehr viel geändert werden. Der § 46 derselben sieht als Aufgabe der Reichsärztekammer vor, daß sie für Schulung und Fortbildung der Ärzte zu sorgen und hierfür die erforderlichen Einrichtungen zu schaffen hat. Es ist das im wesentlichen eine gesetzliche Ermächtigung und Unterstreichung der Anordnungen, die der Reichsärztführer auf diesem Gebiete bereits getroffen hatte. Der Schulung dient die ärztliche Führerschule in Alt-Rehse, und die Aufgabe der ärztlichen Fortbildung hat in vorbildlich umfassender Weise Pg. Blome als Beauftragter des Reichsärztführers in organisatorischer Verbindung mit der KVD in Angriff genommen, so daß die Ausdehnung dieser Aufgabe im Sinne des § 46 der Reichsärzteordnung ohne Schwierigkeit möglich sein wird. Für die KVD wird auch auf diesem Gebiete durch die Reichsärzteordnung nichts geändert. Denn nach § 36 besteht die KVD innerhalb der Reichsärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts, und die Vorschriften der Verordnung über die KVD vom 2. August 1933 bleiben unberührt. Ferner ist im § 37 der Reichsärzteordnung gesagt, daß die Anordnungen der Reichsärztekammer unbeschadet der für die KVD geltenden Vorschriften ergehen.

Die KVD hat es ermöglicht, daß die Reichsärztekammer bereits mit ihrer Errichtung ein gut ausgebautes Schulungs- und Fortbildungswesen vorfindet. Daher ist es auch selbstverständlich, daß die Aufgaben der Reichsärztekammer und der KVD auf diesem Gebiet nicht nebeneinander gelöst werden dürfen. Die Zusammenarbeit muß derart sein, daß alles, was die KVD für Schulungs- und Fortbildungszwecke leisten kann, auch der Reichsärztekammer zugehört und daß diese damit unmittelbar ihre Aufgaben erfüllt" (297).

Die organisatorischen Schwierigkeiten vor dem Anlaufen der Pflichtfortbildung waren gelöst,

"nachdem die Verhandlungen mit den in Frage kommenden Ministerien, dem Gemeindetag, der KVD, den Krankenhäusern usw. gepflogen und zu einem für uns günstigen Abschluß gekommen waren, und außerdem eingehende Besprechungen mit den Landes- bzw. Provinzstellenleitern der KVD stattgefunden hatten" (298).

Alle deutschen Ärzte (299) "bis auf gewisse besonders gelagerte

Ausnahmefälle, wie z.B. Dozenten, Amtsärzte usw." wurden zu Pflichtfortbildungsveranstaltungen herangezogen.

Diese allgemein-medizinischen, für praktische und Fachärzte (300) gemeinsamen Kurse sollten in 5 jährigen Abständen für den einzelnen wiederholt werden. Jeweils zur Jahreswende wurde jeder für das folgende Jahr in Frage kommende Arzt von seiner zuständigen Dienststelle , der Ärztekammer bzw. Kassenärztlichen Vereinigung (erstere bediente sich letzterer als Aufteilungsorganisation) zur freiwilligen (!) Meldung für die Fortbildung aufgefordert.

"Kommen hier und da einmal die notwendigen Meldungen für einen Kurs nicht zusammen, so bestimmt der Leiter der Ärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung auf Grund seiner besonderen Kenntnis der Verhältnisse in seinem Lande, wer von den Ärzten an der Fortbildung teilzunehmen hat."

Nach Möglichkeit trug man den Wünschen für eine bestimmte Zeit und den Ort der Fortbildung Rechnung. Es wurden möglichst solche Städte herangezogen, die auch den kulturellen und künstlerischen Bedürfnissen entsprachen.

Während im Jahr 1935 zuerst die Land- und Kreisstadtärzte (301) zu dreiwöchigen Kursen einberufen wurden, hatten Großstadtärzte (302) (aus Städten mit über 100 000 Einwohnern) zunächst noch an ihrem Wohnort an besonderen Fortbildungslehrgängen teilzunehmen und brauchten in der Zeit ihre Praxis nicht zu unterbrechen.

Der Kursplan hielt sich an Richtlinien, die vom Beauftragten des Reichsärztführers für das ärztliche Fortbildungswesen, BLOME, gegeben waren (303).

d) "Synthese", "Schulung".

Sondereinrichtungen des nationalsozialistischen ärztlichen Fortbildungswesens waren die ärztliche Fortbildungsschule (304) am Rudolf Heß-Krankenhaus (305) in Dresden, die seit 1935 Pflichtkurse veranstaltete. Das Haus war eine "Stätte ernsthafter Forschung im Rahmen der Synthese von Schulmedizin und Naturheilkunde" (306).

Die Führerschule in Alt-Rehse war eine Einrichtung der deutschen Ärzteschaft, die "vornehmlich der gesundheitspolitischen Schulung im nationalsozialistischen Sinne" diente und hierfür auch Apotheken, Zahnärzten und Hebammen offenstand (307).

Alt-Rehse.

"Nunmehr will ich (BLOME, Verf.) Gelegenheit nehmen, einen Rückblick zu werfen auf ein Gebiet der ärztlichen Fortbildung, welches in der Geschichte der deutschen Ärzteschaft bisher einzig dasteht. Restlos erfolgreich, als einzigartiges Erlebnis für jeden Teilnehmer, als Erlebnis, das keiner unerlebt aber jeder wiederholt haben möchte:

Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rehse.

Entsprungen der Idee unseres Parteigenossen Dr. Deutschl, in die Tat umgesetzt durch den Reichsärztführer Dr. Wagner begann im Sommer (1935, Verf.) ein Werk Gestalt anzunehmen, das der gesundheitspolitischen Schulung in echt nationalsozialistischem Sinne dienen sollte. Das Gut Alt-Rehse am Tollensesee in Mecklenburg gelegen, das mit seinem wundervollen Park sich in seltener Schönheit der Landschaft von der Höhe bis zum See herunterzieht, fernab vom Getriebe der Stadt, wurde als einzig in Frage kommend dazu ausersehen, dem deutschen Arzt Born und Hort zu sein, wo er Kraft, Kenntnisse und Erfahrungen sammeln und auffrischen konnte, die ihm in der Stellung als verantwortlicher Führer im Rahmen der Volksgesundheitspolitik unentbehrlich sind.

Im vergangenen Jahre diente die Schule der einheitlichen Ausrichtung derjenigen Ärzte, die ärztliche Führer im nationalsozialistischen Deutschland sein wollen. Es hieß, die gegebene nationalsozialistische Grundlage der Teilnehmer zu untermauern ein Fundament von solcher Einheitlichkeit zu schaffen, wie es nötig ist, um überhaupt ein Jahrhunderte überdauerndes Bauwerk

nationalsozialistischer Rasse- und Gesundheitspolitik auf-
richten zu können. Neben der rein praktischen Schulung und
Ausbildung, von den Problemen ärztlicher Geschichte und
Organisation angefangen, über die Obliegenheiten des Staates
und seiner Organe bis zu den Aufgaben und Zielen des Haupt-
amtes für Volksgesundheit und der Partei einschließlich ihrer
Gliederungen, unter besonderer Berücksichtigung der welt-
anschaulichen Notwendigkeiten, gab es kein Gebiet, welches
gesundheitspolitisch und rassisch, im Rahmen des Gesamt-
volkes gesehen, nicht behandelt worden wäre."

BLOME berichtet dann über bisher 10 Kurse für je 96 Ärzte:

"Unter der Parole des gemeinsamen Zieles und
des Dienstes an der Idee des Führers sehen wir
eine verschworene Führerschaft heranwachsen.
Diese ist in der Tat in der Lage, außer den Augenblick und
über die Gegenwart hinaus, auch persönlich berechnete und
zur Zeit nicht erfüllbare Wünsche einsichtig beiseite zu stellen
in der felsenfesten Überzeugung und im Glauben
an den zukünftigen deutschen Arzt, der nur
Nationalsozialist sein kann und wird."

Im kommenden Jahr, 1936, sollten zwei Jungärztkurse stattfinden,

"bestehend aus besonders qualifizierten Medizinalpraktikanten
und Assistenten..."

Während die bisherigen Ärztkurse eine Dauer von 11 Tagen
hatten, so werden die Jungarzt-Kurse sich über 4 Wochen
erstrecken. Hier wird der Jungarzt mit den Grund-
sätzen vertraut gemacht werden, welche der
Reichsärztführer für die nationalsozialistische
Gesundheitspolitik und für den Ausbau eines
hochstehenden Arztstandes für richtig und für
einzig möglich befunden hat."

Daneben sollten rein medizinische Fragen zur Geltung kommen.

"Es gibt nun einmal eine Unmenge von Problemen, ohne deren
Behandlung einerseits die Gestaltung der zukünftigen ärztlichen
Führer unmöglich ist, andererseits sind die Universitäten auch
bei mehr oder weniger gutem Willen nicht in der Lage, diese
Probleme in dem jungen Arzte entsprechend fruchtbringend
zur Entwicklung zu bringen. Wenn ich diese Tatsache hier fest-
stelle, so um der Tatsache selber willen. Es wird eine
erstrebenswerte Aufgabe der Universitäten sein
müssen, den Reichsärztführer in dem allen
Ärzten gemeinsamen Ziel nach höchster Gesund-
heitsführung und ärztlicher Kunst weitestgehend
zu unterstützen, will nicht die Universität den
Begriff der Universitas selbst illusorisch
machen. Wir alle, die wir ehemals durch die Schule der

Universität gegangen sind, haben nach wie vor eine große Dankbarkeit im Herzen für das, was wir von dort an Gutem mitbekommen haben. Wenn ich den Begriff des Guten hierbei betone, so mit Absicht.

Nicht alles hat sich als gut erwiesen, was uns als gut vorge-
setzt wurde. Bewußte, aber auch ungewollte Verfangenheit
unserer Lehrer in liberalistischem, aber letzten Endes
deutschfremdem Gedanken- und Ideengut war nicht dazu angetan,
in uns die Grundlage zum späteren nationalsozialistischen
Kämpfer zu legen. Wie unverhältnismäßig klein ist doch die
Zahl der nationalsozialistischen Akademiker in der Kampfzeit
gewesen! Wie schwer haben es gerade die Akademiker auf Grund
ihrer Erziehung gehabt, aus dem komplizierten Gewirr ihres
Denkens herauszukommen auf den so naheliegenden Nenner
primitiver Erkenntnis. Wir wünschen unserem Nachwuchs unser
Erkennen vom Geschehen der Dinge mit auf den Weg zu geben
und sind ehrlich genug zu erklären, hierbei kompromißlos
zu sein."

Außer den Jungarzt-Kursen kündigte BLOME Kurse an, in denen

"außer den Amtsleitern des Amtes für Volksgesundheit und der
KVD, wie bisher in geringerer Zahl schon geschehen, sich in
größerm Umfange Kollegen freiwillig beteiligen können, die
nicht ein Amt in der Partei oder der KVD bekleiden" (308).

"Alt=Rehse=Lied

Dem Herrn Reichsärztführer Pg. Dr. Gerh. Wagner
gewidmet

Singweise: Es zittern die morschen Knochen

Es steht zwischen Elbe und Oder
In norddeutscher Heide ein Haus,
Dort schult man der Ärzte Garde
Und bildet als Führer sie aus.

Kehrreim: Den Glauben an Deutschland im Herzen
Steht fest zu des Führers Gebot
Der deutschen Ärzte Garde
Im Frieden und Krieg bis zum Tod.

Wer sind die treuen Kam'raden?
Wer geht aus Alt-Rehse hervor?
Das ist der Deutschen Ärzte
Verschworenes Führerkorps.
Kehrreim

Wir schreiben nicht lange Rezepte,
Das können die anderen auch,
Wir heilen des Volkes Seele -
Das ist Alt-Rehser Brauch.
Kehrreim

Laßt meckern verkalkte "Kollegen",
Sie kennen nur sich und das Gold,
Alt-Rehser sind Sozialisten,
Das Volk gilt mehr als der Sold.
Kehrreim

Und holt einst der Tod uns zur Ruhe,
Der niemals gesehen uns feig,
Alt-Rehser, die bleiben Kämpfer
Fürs dritte, fürs ewige Reich.
Kehrreim. " (309).

Diese Materialsammlung provoziert die Frage, ob und wie man im Rahmen dieser Arbeit die ärztliche Fortbildung ab 1933 schildern kann.

Weil diese Entwicklung genau so wie die Anfänge und frühere Entwicklung des ärztlichen Fortbildungswesens den Hintergrund für die Tätigkeit des Direktors des Kaiserin Friedrich-Hauses darstellt, kann sie nicht einfach verschwiegen werden. Andererseits geht aus dem gefundenen Material hervor, daß ADAM an der letzten Entwicklung keinen tätigen Anteil hatte. Er hat sie aber anscheinend positiv beurteilt. In diese Entwicklung, die für das ärztliche Fortbildungswesen weder harmlos noch unwesentlich war, sondern gefährlich, ist ADAM höchstens durch seine Stellung mitverantwortlich einbezogen.

Rudolf Heß-Krankenhaus.

Leitgedanke der Fortbildungskurse an der ärztlichen Fortbildungsschule am Rudolf Heß-Krankenhaus zu Dresden war die "Naturheilkunde im Rahmen der Gesamtmedizin" (310). Hier sollte die "Synthese" von Naturheilkunde und Schulmedizin gelehrt werden. Die Zulassung zu einem Kurs an dieser Schule galt als besondere Vergünstigung; die Fortbildung hier war nicht Pflicht. Im übrigen entsprachen die Kurse aber den Pflichtfortbildungskursen. Sie dauerten 3 Wochen; pro Kurs wurden höchstens 25 Teilnehmer aufgenommen. Neben Vorträgen und Demonstrationen war je eine Woche für praktische Tätigkeit in der Abteilung für Naturheilkunde unter BRAUCHLE, in der hydrotherapeutischen Abteilung unter HAUFFE und, nach Wahl, in der Medizinischen, Chirurgischen oder Kinderabteilung vorgesehen (311).

BLOME schließt:

"Mit den vorstehenden eingehenden Ausführungen habe ich Ihnen einen Überblick über den Rahmen der ärztlichen Fortbildung und ihrer Zielrichtung für die bisherige, aber auch zukünftige Arbeit gegeben. Grundsätzlich entspricht diese Zielrichtung der Führerstellung, die der Arzt im Dritten Reich innehat: Er ist berufen, maßgeblich und hervorragend an der Verwirklichung der nationalsozialistischen Erkenntnis mitzuarbeiten, daß nicht die Wirtschaft, sondern die rassische Sauberkeit bei höchster Gesundheit und körperlicher wie geistiger Leistungsfähigkeit das Schicksal des deutschen Volkes für alle Zukunft gestaltet" (312).

f. Vergleich des deutschen mit dem ausländischen
Fortbildungswesen.

"Die Ziele und Aufgaben des ärztlichen Fortbildungswesens in Deutschland sind wesentlich andere als in vielen anderen Ländern." Diesen Gegensatz stellte ADAM fest, als er

"die einschlägigen Verhältnisse in Amerika studierte. Amerika hat große Einrichtungen für ärztliche Fortbildung, sie bilden aber nicht wie in Deutschland einen Teil der öffentlichen Gesundheitspflege, sondern sie sind lediglich von wirtschaftlicher Bedeutung für den Arzt. Der Arzt, der da glaubt, seine Kräfte als Spezialarzt besser verwerten zu können wie als Allgemeinarzt, begibt sich in ein derartiges Fortbildungsinstitut, zahlt einige 1000 Mk. und wird in verhältnismäßig kurzer Zeit zum Spezialarzt ausgebildet. Der öffentlichen Gesundheitspflege ist damit kein Dienst erwiesen, höchstens dem Geldbeutel des betreffenden Arztes" (313).

g. Ausländische Ärzte in Deutschland.

Für ausländische Ärzte bestanden in Deutschland von Anfang an gute Fortbildungsmöglichkeiten.

"Der Ruf, den die deutsche Wissenschaft im Ausland genießt, hat von jeher ausländische Ärzte nach Deutschland gezogen. Außerordentlich groß ist die Zahl derer, die an deutschen Universitäten, teils als Assistenten, teils als Gäste ihre Ausbildung erhalten haben. In dieser Hinsicht hat Berlin und auch Wien, das wir ja auch zum deutschen Sprachgebiet rechnen, im Ausland von jeher eine besondere Anziehungskraft besessen" (314).

Die Institution, die als erste regelmäßig Fortbildungskurse für Ausländer veranstaltete, war die Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin, der die "hauptsächlichsten Dozenten der Berliner Universität und die Leiter der städtischen Krankenhäuser" angehörten (315).

Sie organisierte die Internationalen Fortbildungskurse von 2- bis 4wöchiger Dauer im März und Oktober für diejenigen, die nur einen Überblick über die Fortschritte der deutschen Medizin haben wollten. Vorwiegend galten diese Kurse Spezialärzten. Die Berliner Akademie hat diese Kurse in gleicher Form fortgesetzt (316)

In "Gruppenkursen" wurde ein bestimmtes Gebiet der Medizin möglichst vollständig von den verschiedenen Spezialärzten beleuchtet (317).

Die Dozentenvereinigung hatte auch schon Hospitantenstellen in Krankenhäusern für je 2-3 Monate eingerichtet und damit dem Wunsch besonders von amerikanischer Seite entsprochen (318).

Die meisten Kliniken und Institute nahmen ausländische Ärzte "mit Freuden" auf, so daß für sie eine längere, auch wissenschaftliche Tätigkeit möglich war (319).

Besonders geeignet erschienen ADAM dafür die theoretischen Insti-

tute kleinerer Universitäten; denn die großen waren von Volontären und Hospitanten überfüllt (320).

Die Reichsärzteordnung gab Ausländern widerruflich die Möglichkeit der Praxis, also auch an Kliniken und Krankenhäusern, und schuf damit erst die gesetzlichen Voraussetzungen für ihre selbständige Tätigkeit (321).

"Vielfach besteht bei den ausländischen Kollegen der Wunsch, nicht an einem förmlichen Kurs teilzunehmen, sondern nur einen Blick in die sie interessierenden Kliniken zu tun; sie möchten einen Sauerbruch, einen Schmieden, einen Lexer bei der Operation sehen, möchten die Einrichtungen ihrer Kliniken und Krankenhäuser kennen lernen, möchten zeitweilig an den Sitzungen unserer wissenschaftlichen Gesellschaften teilnehmen, möchten die Organisation unserer Krebsbekämpfung, die Einrichtung unserer Lungenheilstätten, die Organisation unserer Sozialversicherungen usw. kennen lernen" (322).

Die Kaiser-Wilhelm -Gesellschaft ermöglichte ausländischen Gelehrten, an deutschen Instituten zu arbeiten (323).

Die Aufgaben der Dozentenvereinigung wurden also später von der Akademie für ärztliche Fortbildung übernommen. Diese beteiligte sich nur an der "fakultativen" Fortbildung, die "grundsätzlich international" war (324). Die zusätzliche Fortbildung war größtenteils freiwillig.

Die "Tomarkin-Foundation", eine amerikanische Stiftung, veranstaltete internationale Fortbildungskurse, z.B. in Lugano und Mailand, an denen sich überwiegend deutsche Dozenten beteiligten. An einigen Vorträgen hatte ADAM hier teilgenommen und lobte ihre "sehr beachtliche Höhe" (325).

Mehrere weitere Einrichtungen in Berlin kamen den einzelnen vertretenen Nationalitäten entgegen.

Hierzu gehörte vor dem Krieg die "Anglo-American medical Association" und später das Amerika-Institut. Die Association hatte

über 200 ständig wechselnde Mitglieder. Aus dem anglo-amerikanischen Kulturkreis kamen überhaupt die meisten Ausländer. Nach dem Weltkrieg - in den letzten 30 bis 40 Jahren - hatten sich aber die Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten in den Vereinigten Staaten erheblich gebessert. Auch sonst kamen nur noch sehr viel weniger Ausländer zu Fortbildungskursen nach Deutschland und Berlin (326). "Während früher an den einzelnen Kursen 50, ja sogar bis 75 Proz. ausländische Ärzte beteiligt waren, wurden bei den letzten Veranstaltungen nur noch 20 - 25 Proz. erreicht" (327). Nicht nur der Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen, "Auch die Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse ... beklagt den Rückgang gerade auswärtiger Hörer. Um vor allem amerikanische Ärzte wieder heranzuziehen, hat die Vereinigung jetzt eine englische Sektion gegründet, die ihre besondere Sekretärin und besondere Geschäftsräume hat" (328).

Die (Deutsch-)Ibero-Amerikanische Ärzte-Akademie (das Ibero-Amerikanische Institut) hielt Kurse in spanischer Sprache ab (329).

Ein Japan-Institut (330) diente den Interessen der Ausländer aus dem Fernen Osten, aus Indien, China und besonders Japan, wo Deutsch medizinische Fachsprache war.

"Auch heute haben wir wieder die große Freude, eine große Zahl dieser intelligenten und fleißigen Angehörigen des Reiches der aufgehenden Sonne bei uns zu sehen und uns immer wieder davon zu überzeugen, wie weitgehend eine Übereinstimmung in der Weltanschauung und im Patriotismus zwischen den Japanern und Deutschen besteht" (331).

Ein Collegium Hungaricum (332) nahm sich der Ärzte aus Osteuropa an, die aus Ungarn, Polen, Bulgarien, Jugoslawien und den Ostseestaaten kamen. "Ein gewisser Wandel ist hier eingetreten, indem aus begreiflichen Gründen natürlich die Russen jetzt bei uns fehlen" (333).

Ein Sprachinstitut für Ausländer sorgte in gelockerter Form für die Erlernung der deutschen Sprache in möglichst kurzer Zeit

und erleichterte den Ausländern so die Teilnahme auch an Fortbildungskursen in deutscher Sprache (334).

Der Deutsche Akademische Austauschdienst wurde durch Gewährung von Stipendien von der Humboldt-Stiftung unterstützt (335).

Auch die Unternehmungen der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen waren Ausländern zugänglich (336).

Das "Auslandsamt der Dozentenschaft", das im Kaiserin Friedrich-Hause untergebracht war, betreute die ausländischen Ärzte während ihres Aufenthaltes in Deutschland auf privatem Gebiet (337).

Die wichtigste Funktion für eine reibungslose ärztliche Fortbildung auch der Ausländer hatte aber das Informationsbüro im Kaiserin Friedrich-Haus (338).

h. Internationale Fortbildungsorganisationen.

Vom 21. bis 25. August 1937 fand in Berlin der III. Internationale Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen statt (339).

Das Internationale Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen, bestehend aus Länderdelegierten (340), wurde im Jahre 1909 auf dem XVI. Internationalen Ärztekongreß (341) in Budapest gegründet und hielt bei dieser Gelegenheit seinen ersten Kongreß ab. Der zweite Internationale Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen fand im Jahre 1913 in London statt. Nach dem Krieg mußte praktisch wieder von vorne begonnen werden. Eine weitgehende personelle Neubesetzung des Komitees war notwendig. Da sich das Generalsekretariat, seit 1914 unter ADAM, in Berlin befand, ging von hier die Initiative zur Neubelebung des Komitees aus. Im Einverständnis mit den noch lebenden Mitgliedern nahm ein "Vorbereitendes Komitee" gemeinsam mit dem Generalsekretariat die Ergänzung der Mitglieder vor (342). Delegierte aus 44 Ländern (343) erklärten sich zum Eintritt bereit.

Das Vorbereitende Komitee bereitete zusammen mit ADAM, der auch Generalsekretär des Kongresses wurde, anschließend den III. Kongreß vor (344).

Tagungsort wurde Berlin, weil in Deutschland "die Fortbildung am besten organisiert war", wie ADAM sagte (345).

Die bisherigen Kongresse hatten ausschließlich organisatorische Fragen bzw. die Technik der Fortbildung behandelt. Mit der Fortbildung selbst beschäftigten sie sich also nicht. Auf dem III. Internationalen Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen in Berlin ergab sich aber, "daß ein lebhafter Wunsch bestand, die Früchte der Wissenschaft auch auf internationaler Basis den Ärzten weiterzuleiten" und damit auch dem besseren Verständnis der Völker zu dienen (346). Und man beschloß, eine Internationale Akademie

mit dieser Aufgabe zu betrauen (347). Man wollte sich damit nicht auf die etwa alle 3-4 Jahre stattfindenden Kongresse beschränken, sondern dem internationalen ärztlichen Fortbildungswesen einen noch größeren Raum gewähren (348).

Auf dem Programm standen:

Einrichtung besonderer internationaler Fortbildungskurse,
Schaffung ausgedehnter Möglichkeiten für die Fortbildung auf
operativem Gebiet,

gegenseitige Studienreisen,

Austausch medizinischer Gelehrter und Assistenten, wofür über
die Akademie vielleicht leichter ein Weg zu finden war (349),

Austausch medizinischer Literatur und sonstiger Lehrmittel,
insbesondere Erfahrungsaustausch auf dem Gebiet der Fortbil-
dungsfilme sowie Schaffung neuer technischer Hilfsmittel für
den Lehrbetrieb,

Einrichtung von Informationsbüros in Fortbildungszentren der
beteiligten Nationen. Die Büros sollten mit den Organen der Aka-
demie zusammenarbeiten.

Die ursprüngliche Idee, diese Akademie über die ärztliche Fort-
bildung hinaus auf das Gebiet der Forschung auszudehnen, wurde
fallengelassen.

Alle diese Möglichkeiten sollte die "Internationale Akademie für
das ärztliche Fortbildungswesen" verwirklichen (350). Auf der
konstituierenden Sitzung am 23. April 1938 in Budapest, zu
der 160 Delegierte aus 22 Nationen erschienen waren, wurde die
Satzung (351) angenommen. Struktur und Verfassung war von dem
hierfür vom III. Kongreß ernannten "Vorbereitenden Ausschuß",
der sich aus dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten und dem
Generalsekretär des III. Kongresses zusammensetzte, in 6 Mona-
ten vorbereitet worden (352).

Mit der Akademie war nun also ein Gremium geschaffen, "das
nicht nur den Aufbau und die Form des Fortbildungswesens

fördern, sondern vor allem die fachliche Fortbildung selbst, d.h. die Schulung der Ärzte, auf eine internationale Basis" stellte (353).

Struktur:

Dem Präsidium, dem BORST als Rektor vorstand, gehörten außerdem die Vizepräsidenten TIFFENEAU (statt ROUSSY), PROCTOR, BASTIANELLI sowie ARCE und OLIVECRONA an; außerdem das Permanente Büro, dessen ständiger Sitz, Berlin, den Sitz der Akademie bestimmte, dessen Präsident und damit stellvertretender Rektor BLOME, dessen Generalsekretär ADAM und dessen Schatzmeister PÜTZ wurde.

Das Internationale Komitee setzte sich aus den Länderdelegierten zusammen.

Ein Senat war nach medizinischen Fächern mit je 5 Fachgelehrten aus obligatorisch verschiedenen Ländern, d.h. mit je einem Präsidenten und 4 Räten, zu besetzen; das Präsidium wollte seine Vorschläge für die Besetzung des Wissenschaftlichen Senats den einzelnen Regierungen unterbreiten; bzw. die Delegierten sollten ihre Vorschläge schriftlich nach ihrer Rückkehr von der Heimat aus einreichen.

Präsidium (mit Permanentem Büro), Internationales Komitee und Wissenschaftlicher Senat bildeten zusammen das Konzilium (354).

Aufgabe des Permanenten Büros der Akademie war es, alle Interessen auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung zusammenzufassen und in internationaler Zusammenarbeit mit interessierten Länderorganisationen und ärztlich-wissenschaftlichen Gesellschaften und Kongressen internationale Fortbildungskurse anzubahnen, während die Durchführung der internationalen Fortbildungskurse Sache des zuständigen Wissenschaftlichen Senats war. Das Permanente Büro hatte für die Einrichtung und Durchführung der internationalen Kongresse alle 4 Jahre, d.h. für die Organisation

der internationalen Fortbildung, zu sorgen, während die eigentliche Belehrung in Form von Fortbildungskursen, die an die großen internationalen Kongresse anschließen sollten, dem Wissenschaftlichen Senat oblag (355).

Die Kurse, die im Namen der Internationalen Akademie abgehalten wurden, "müssen vom Präsidium genehmigt sein und werden von den einzelnen Fachgruppen des Wissenschaftlichen Senats in engster Zusammenarbeit mit den Ländergruppen des Internationalen Komitees ausgeschrieben und abgehalten" (356).

Die Finanzierung der Kurse erfolgte durch die Akademie, soweit das nicht durch die eingehenden Hörergelder möglich war. Die Finanzierung des ganzen Unternehmens sollte durch freiwillige Beiträge ermöglicht werden; der Schatzmeister mußte sich mit den Länderdelegationen in Verbindung setzen. Darüber hinaus war anzustreben, daß an der Fortbildung interessierte Organisationen und einzelne Persönlichkeiten zu Stiftungen herangezogen wurden (357).

Es war üblich, daß Länderregierungen zur Abhaltung von internationalen Kongressen aufforderten. Die Delegierten sollten sich nun mit ihren Länderregierungen in Verbindung setzen, um eventuell eine solche Einladung zu erwirken (358).

Ein Jahr nach der Gründung der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen machte der Ausbruch des Zweiten Weltkrieges alle Hoffnungen, die man in die internationale Zusammenarbeit der Ärzte gesetzt hatte, zunichte. Der Austausch von Ergebnis- und Grußtelegrammen auf dem III. Internationalen Kongreß 1937 in Berlin (359) bestätigt die politische Rolle, die diesen Veranstaltungen zgedacht war.

BLOME hatte 1938 seine Ausführungen über Ziele und Aufgaben der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen folgendermaßen beendet:

"Wenn wir Ärzte in der Welt uns nunmehr zu einer so großen Organisation mit höchsten Zielen zusammengeschlossen haben, so geschieht dies aus jener Freiwilligkeit ((!)) heraus, die uns unseren Beruf überhaupt erst ganz erfüllen läßt. ... Je besser der Arzt, seine Ausbildung und Fortbildung, um so besser der Gesundheitszustand seines Volkes. Je gesünder sein Volk, um so größer seine Leistungsfähigkeit. Der edelste Wettbewerb der Völker ist der um die schönsten, gesündesten und leistungsfähigsten Männer, Frauen und Kinder! ... zum Wohle der gesunden und kranken Menschen der Welt. Möge die Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen den Boden abgeben, auf dem die besten Forscher und Ärzte der Welt zum edlen Wettstreit antreten um den Lorbeer des vollendeten Lehrens, Lernens und Forschens, möge ein Ringen und Streiten einsetzen um die Förderung der höchsten Güter der Menschheit - gleich dem olympischen Kampf!" (360).

In seiner Begrüßungsansprache anläßlich der konstituierenden Sitzung der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen in Budapest hatte der ungarische Kultus- und Unterrichtsminister Valentin HOMAN im April 1938 noch diese Hoffnung ausgesprochen:

"Im Namen der Kgl. Ungarischen Regierung begrüße ich die Internationale Akademie für Ärztefortbildung auf das Wärmste mit dem sehnlichsten Wunsch: Möge die nunmehr beginnende Arbeit ersprießlich sein für die Entwicklung der Volksgesundheit und für das Erstarken der geistigen Zusammenwirkung der Nationen" (361).

3) Hygienische Volksbelehrung.

a. Prinzipien, Aufgaben und Ziele.

Im Jahre 1930 hat ADAM seine Gedanken zur hygienischen Volksbelehrung niedergelegt (362), zu einem Zeitpunkt, als er ihre Organisation als Generalsekretär bereits fest in der Hand hatte. Bezeichnend ist der Untertitel des ersten Bandes der "Harvard-blätter für Marktforschung, Statistik, Wirtschafts- und Konjunkturfagen": "Wirtschaft und Volksgesundheit", in dem ADAM den Zusammenhang zwischen "Volksgesundheit - Volksbelehrung" untersucht und den Sinn der hygienischen Volksbelehrung definiert. Er führt aus:

"Hygienische Volksbelehrung bezweckt Vermeidung des Krankwerdens. Ihre Geburtsstunde schlug sozusagen, als in den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts durch die genialen Entdeckungen von Koch, Pasteur, Be(h!)ring usw. immer mehr und mehr bis dahin rätselhafte Krankheiten als Ergebnisse der Zerstörungsarbeit dem Menschen feindlicher Mikroben entdeckt wurden."

Gegen die Erreger von Diphtherie, Typhus, Cholera, Fleckfieber, Pest, Milzbrand, venerische Leiden und vor allen Dingen der Tuberkulose "richtete sich nun in konzentrischem Angriff die ganze Arbeit der ärztlichen Wissenschaft". Gleichzeitig erkannte man, "daß neben der Tätigkeit des Arztes in vieler Beziehung eine Umgestaltung unseres ganzen öffentlichen Lebens und eine ganz andere Einstellung des Einzelindividuums diesen neu entdeckten Gefahren gegenüber notwendig sei" (363).

In dem Buch "Gesundheit ist Lebensglück" (364) heißt es hierzu von dem 1921 geschaffenen Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung, er "sieht als seine wesentliche Aufgabe an, (!) die Schaffung einer öffentlichen Meinung auf dem Gebiete der Gesundheitspflege. Er will den Bestrebungen der Behörden auf diesen Gebieten einen Rückhalt geben" (365). Die Bevölkerung soll vom Verständnis hygienischer Zusammenhänge zum Verantwortungsgefühl für die Gesundheit geführt werden.

Man handelte nach den Erkenntnissen des Schweizer Arztes Jakob Laurenz SONDEREGGER (366), der seinem Volk "Schulmeister und Gesundheitspfleger" zugleich gewesen war und der gesagt hatte:

"Wie die Volksschule aus schwachen Anfängen entstanden ist und sich noch vor 100 Jahren mit einem ausgedienten Soldaten oder einem alten Hausknecht als Lehrer begnügen mußte, so entwickelt sich jetzt die Volksgesundheitspflege aus bescheidenen, oft belächelten Anfängen; aber auch sie entwickelt sich, denn sie ist eine Forderung des Verstandes und des Herzens zugleich. Das Kapital aller Kapitale ist die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit eines Volkes" (367).

Die Verhältnisse im damaligen Deutschland charakterisiert SONDEREGGER folgendermaßen:

"Es ist bezeichnend für Deutschland, daß es seine Volksgesundheitspflege von der rein wissenschaftlichen Seite anfaßte und zuerst sein Reichsgesundheitsamt gründete. Bismarck hat dieses verlangt und im Oktober 1875 geschaffen" (368).

Und tatsächlich war ja die Hauptaufgabe des Kaiserlichen und späteren Reichsgesundheitsamtes der Ausbau der Städtehygiene und Nahrungsmittelhygiene. Die Untersuchungsergebnisse der statistischen Abteilung ermöglichten eine Beurteilung der gesundheitlichen Verhältnisse als Grundlage für Ansatzpunkte einer hygienischen Volksaufklärung.

Es entsprach auch der Lehre SONDEREGGERS, daß man zuerst Voraussetzungen für die Gesundheitspflege schuf und danach die Bevölkerung von der unabdingbaren Notwendigkeit ihrer Ausnutzung und Weiterentwicklung überzeugte. Denn

"Das Verlangen nach Gesundheitspflege und vorbauenden Maßnahmen ist so wenig aus der Tiefe des Volkes heraufgestiegen, als das Verlangen nach Schulen aus einem armen und unwissenden Lande aufsteigt. Haben aber die Gebildeten und die Regierenden ihre Schuldigkeit getan und den Keim der Schulbildung oder der Gesundheitspflege in das Volk hineingelegt, dann entwickelt er sich auf diesem Boden kräftig weiter, um Blüten und Früchte zu treiben. Wo einmal gute Schulen bestehen, da wächst das Verständnis und das Bedürfnis dafür, und wo einmal, auch nur auf einem einzelnen

Lebensgebiete, eine zielbewußte Gesundheitspflege eingerichtet ist, da entwickelt sie sich weiter und jetzt unmittelbar aus den breiten Schichten des Volkes, in welchem ja die Wurzeln alles geistigen und leiblichen Nationalvermögens liegen" (369).

ADAM sieht die hygienische Volksbelehrung als Grundlage der öffentlichen Hygiene und sagt:

"Wenn man nun auf einmal daranging, durch Kanalisation, durch zeitgemäße Müllabfuhr, durch Schmutz- und Ungezieferbekämpfung die Gefahren herabzumindern, wenn auf einmal der Staub als gesundheitsgefährlich bekämpft wurde, wenn alle Krankenhäuser bis zu den kleinsten Landkrankenhäusern Isolierstationen erhalten sollten, wenn der einzelne Infektionskranke zwangsweise abgesondert wurde, wenn die Desinfektionsmaßnahmen polizeilich erzwungen werden können, so waren diese und viele andere grundlegende Umgestaltungen in den Anschauungen und Begriffen nur zu erzielen, wenn die gesamte Bevölkerung darüber aufgeklärt und belehrt wurde, warum alle diese Maßnahmen notwendig und nützlich seien" (370).

Und zwar bediente man sich nicht mehr abschreckender Beispiele in Form drastischer Schilderungen der Krankheitsfolgen von Unsauberkeit und Nachlässigkeit, sondern man bezog sich bewußt auf den gesunden Menschen. "Abhärtung" und "körperliche Ertüchtigung" samt "physikalischen Heilmethoden", "Sportbewegung", gesunde Kleidung, Wohnung und Ernährung waren die Schlagworte. So entging man sicher der Gefahr, "Hypochonder, Hysteriker und überängstliche Bazillenriecher heranzuzüchten" (371), wie sie in früheren Jahren bei einer zu weit gehenden Aufklärung weitester Bevölkerungskreise über alle Einzelheiten und Kleinigkeiten der speziellen Krankheitsprozesse gegeben war. Prinzipien, Aufgaben und Ziele hatten sich also zugleich mit wissenschaftlichen Anschauungen gewandelt:

Abhärtung und körperliche Ertüchtigung, also auch physikalische Heilmethoden, wurden allgemein als "starke Waffen im Kampfe um die Hebung der Volksgesundheit" angesehen (372).

"Die hygienische Volksbelehrung kann für sich in Anspruch nehmen, daß sie der Sportbegeisterung der Massen die notwendige Richtung gegeben hat und daß sie auch jetzt noch

mit eifrigem Bemühen bestrebt ist, den Sport von Sensationslust und Rekordgier hinüberzuleiten auf die gesunden Bahnen wirklicher aufbauender Körperkultur, die dem Einzelnen Nutzen und Gewinn in körperlicher, seelischer und geistiger Hinsicht vermittelt" (373).

Die Säuglinge wurden von den "einst obligatorischen Steckkissen und Federbetten befreit" (374).

"..., so ist eine derartige tiefgreifende Umgestaltung der Mode und der gesamten Anschauungen über Schönheit und Zweckmäßigkeit der Kleidung nicht zum geringsten der Wandlung unserer Begriffe über Gesundheit und vernünftige Körperkultur zuzuschreiben" (375).

Licht, Luft und Sonne sollten von nun an in jede Wohnung gehören (376).

Einen wesentlichen Aspekt für die hygienische Volksbelehrung sah ADAM in einer Förderung der Volkswirtschaft.

Die Erkenntnis, daß Vorbeugen rationeller ist als heilen, gipfelt in der Äußerung ADAMS:

"Hygienische Volksbelehrung hebt das Niveau der gesamten Volksgesundheit, erspart der Wirtschaft Ausfälle an Arbeitsstunden und Arbeitsleistung, Verlust an werteschaffendem, arbeitsfähigem Menschenmaterial. Indirekt wirkt sich auch eine gewisse Entlastung der sozialen Versicherungsträger durch Vermeidung von Seuchen und Epidemien zum Vorteil der Volkswirtschaft aus. Alle für die Volksgesundheit und für hygienische Volksbelehrung verausgabten Mittel des Staates, der Kommunen, der Sozialversicherung sowie der privaten Wohlfahrtspflege, die ja letzten Endes irgendwie aus der Wirtschaft stammen, sind also nicht etwa Luxus, sondern bestens produktiv angelegtes Kapital, dessen Zinsen schließlich auch der Wirtschaft wieder zugute kommen. Das beste Kapital des Staates ist die Gesundheit seiner Bürger" (377).

Daß ADAM den Zusammenhang zwischen hygienischer Volksbelehrung und Volkswirtschaft so besonders hervorhebt, muß auf die wirtschaftliche Lage bezogen werden.

Mit der Wohnhygiene eng verknüpft war die Hygiene des Haushaltes, die durch den "gewaltigen Aufschwung" der Elektroindustrie zum

Allgemeingut aller Volkskreise wurde. Elektrische Apparate zur Vereinfachung, Rationalisierung und Intensivierung der Hausarbeit und des hygienischen Wohnens wurden allgemein selbstverständlicher Besitz (378).

Im Hinblick auf die Wandlung der Ernährungsweise bezeichnet ADAM es als "Zeichen unserer Zeit, daß jedes Nahrungsmittel um so mehr und um so lieber gekauft wird, mit je mehr Berechtigung es auf gesundheitliche Vorzüge seiner Verwertung hinweisen kann", und sagt weiter:

"Hoffentlich kommt eine derartige berechtigte Propaganda auch der Verwertung des Roggenüberschusses unserer deutschen Landwirtschaft im eigenen Lande und zu menschlichen Ernährungszwecken zugute" (379).

ADAM geht in der Zusammenschau von Volksbelehrung und Wirtschaft noch weiter, indem er eine "direkte Befruchtung der Volkswirtschaft durch die Notwendigkeit, hygienische Lehrmittel in oft gewaltigen Mengen herstellen und verbreiten zu müssen" (380), hervorhebt, die natürlich aber nicht nur die auch erwähnte Papierfabrikation betreffen soll. Denn

"die Massen des Volkes, das 'Publikum' sind anspruchsvoller, andererseits auch abgestumpfter geworden. Mit allen Methoden moderner Propaganda und Werbetechnik muß man sich in sein Interesse, in seine innere Anteilnahme hineinstehlen, um es zu gewinnen. Auch müssen heute die Kleinstädte und ländlichen Kreise bis ins letzte Dorf hinein erfaßt werden, da ja das Tempo unserer Zeit auch vor diesen einstigen Hochburgen geruhsam beschaulicher Lebensweise und wohliger Gesundheit nicht Halt macht. Und so ist denn, abgesehen vom Radio, die gewaltigste Großmacht unserer Zeit, der Film und das Kino, zu Bundesgenossen hygienischer Volksbelehrung geworden. Daneben spielt das gute alte Lichtbild eine gegen früher noch erheblich ausgedehntere Rolle, ja es ist sogar in dem neuen Bildband (Stehbilder auf Filmstreifen) ein ganz neues Mittel für Demonstrationszwecke entstanden" (381).

Und ADAM beendet seine Erörterungen:

"Es ist wohl nicht zuviel gesagt, wenn man behauptet, daß die durch die hygienische Volksbelehrung entscheidend beeinflusste deutsche Lehrmittelindustrie, die auch weit über die

Grenzen des Landes hinaus in aller Welt höchsten Ruf genießt, ein recht beachtlicher Zweig unserer Volkswirtschaft geworden ist" (382).

Wenn auch (hoffentlich) die wirtschaftliche Effektivität nicht das eigentliche Motiv für die intensive hygienische Volksbelehrung darstellte, so wurde von den Initiatoren aber immerhin deutlich gesagt:

"Ihre Arbeit läuft nicht darauf hinaus, dem Einzelnen das Leben zu verlängern, sondern ist auch weiterhin bedacht, es leistungsfähiger zu machen" (383).

Die Hebung der Volksgesundheit durch die gesundheitliche Aufklärung beurteilte ADAM im ganzen positiv (384):

"Und wenn man nun zum Schluß fragt, ob denn die so viel gerühmte hygienische Volksbelehrung für unsere Volksgesundheit tatsächlich Erfolge, greifbare Resultate gezeigt hat, so kann man darauf natürlich nur mit einer gewissen Vorsicht antworten. Verschiedene Krankheiten sind ebensowenig statistisch zu erfassen, wie etwa verhütete Unfälle. Und manchmal scheinen ja gewisse Zahlen geradezu gegen uns zu sprechen. Wenn z.B. ein neues Gesetz über Maßregeln und Einrichtungen zur Bekämpfung einer bestimmten Krankheit erlassen wird, so steigen zunächst die Zahlen dieser Krankheit in den Statistiken. Denn mit der erhöhten Aufmerksamkeit werden nunmehr eine Menge Fälle erfaßt und registriert, die früher unbeachtet blieben" (385).

"Die gewaltige, statistisch einwandfrei nachweisbare Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters können wir aber ohne weiteres der systematisch betriebenen Volksgesundheitspflege, und damit auch der hygienischen Volksbelehrung, zugute schreiben" (386).

Die Säuglingssterblichkeit war von 22% im Jahre 1901 auf 10% in den Jahren 1925/26 zurückgegangen.

"Wenn wir ferner bedenken, daß Milzbrand, Pocken und Cholera heutzutage praktisch als ausgerottet gelten können, daß Typhus, Fleckfieber und andere Seuchen zu den Seltenheiten gehören, so dürfen wir auch dies neben der Vervollkommnung ärztlichen Wissens und Könnens, neben sanitätspolizeilichen Maßnahmen, auch dem Wissen und Verständnis der ganzen Bevölkerung zuschreiben. Die Tuberkulosebekämpfung zeigt uns ja, daß wir auf den beschrittenen Bahnen moderner Seuchenbekämpfung auf den richtigen Wegen sind (387), ... hat man doch die Tuberkulose geradezu die 'Krankheit der Unwissenden' genannt" (388).

b. Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung.

1.) Struktur,

Um diese Erfolge der hygienischen Volksbelehrung zu erzielen, war eine geeignete Organisation notwendig. Im Jahre 1919 wurde von Curt ADAM als Generalsekretär der Preußische Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung gegründet (389).

Als im Jahre 1925 der am 5. Februar 1921 (390) gegründete Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung (391) von Dresden nach Berlin verlegt wurde, ernannte man ADAM zu dessen Generalsekretär. Den Vorsitz führte der Präsident des Reichsgesundheitsamtes HAMEL. RAMM sagt im Hinblick auf ADAM: "Hier tat sich ein großes Tätigkeitsfeld für ihn auf, das er dank seiner großen organisatorischen Fähigkeiten ausgezeichnet zu bearbeiten verstand" (392).

Jährlich wurde von ADAM ein "Bericht des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung über das Geschäftsjahr" herausgegeben (393). 1929/30 ging man dabei auf das Kalenderjahr über, um bei den gewöhnlich im Frühjahr stattfindenden Jahresversammlungen den Bericht des Vorjahres abgeschlossen vorlegen zu können. Seit 1930 erschienen die Berichte aus wirtschaftlichen Gründen nur noch alle 2 Jahre. Als Emblem des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung wurde auf der Mitgliederversammlung in Nürnberg die auf dem Titelblatt 1930/31 abgebildete, von Willy KEIL stammende Zeichnung angenommen. Es sollte als Siegel, auf Briefbogenköpfen und Briefumschlägen des Reichsausschusses sowie nach entsprechender Änderung des Textes auch der Landesausschüsse und Provinzialausschüsse verwendet werden: als Sinnbild für die Bestrebungen des Reichsausschusses gedacht, stellte es den Kopf einer die Gesundheit personifizierenden Jungfrau in Anlehnung an die Göttin Hygieia dar. Die Beziehungen der hygienischen Volksbelehrung zur medizinischen Wissenschaft wurden durch die Schlange

mit der Schale versinnbildlicht.

Über den Reichsausschuß schreibt ADAM im Pädagogischen Zentralblatt:

"Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung ist nach Schluß des Weltkrieges aus dem Bestreben heraus entstanden, die Volkskraft und Volksgesundheit zu erhalten und zu fördern und dem Wiederaufstieg des Vaterlandes die Bahnen zu ebnen durch eine körperliche Ertüchtigung unseres gesamten Volkes. ... In enger Verbindung mit den maßgebenden Reichs- und Landes-Ministerien, den sozialhygienischen Reichsfachverbänden (394), dem Deutschen Hygienemuseum, der Lingner-Stiftung, der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Tierärzteschaft, der Lehrerschaft, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, den Krankenkassen, den Landesversicherungsanstalten, dem Deutschen Roten Kreuz, dem Arbeiter-Samariterbund und einer Reihe anderer an der hygienischen Volksbelehrung interessierter Organisationen sucht er seine Aufgaben - gesundheitliche Durchbildung der Bevölkerung auf wissenschaftlicher Grundlage - zu erreichen. In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygienemuseum und der Lingner-Stiftung sorgt er für eine vorbildliche Ausgestaltung der Methoden hygienischer Aufklärungsarbeit und der dazu notwendigen Lehr- und Anschauungsmittel. Die eigentliche Aufklärung erfolgt durch die in den einzelnen Ländern bzw. in den einzelnen preußischen Provinzen gebildeten Landes- und Provinzialausschüsse, die eine ähnliche Zusammensetzung aufweisen wie der Reichsausschuß und in ihren Bezirken über zahlreiche Unterstellen verfügen" (395).

Die Gründung einer Zentrale erfolgte "aus der Erkenntnis heraus, daß die einzelnen Organisationen und Verbände, die die hygienische Aufklärung der Bevölkerung innerhalb ihres Wirkungskreises oft ohne Fühlungnahme miteinander durchführten, zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengefaßt werden mußten, um so eine Vereinheitlichung aller der hygienischen Volksbelehrung dienenden Bestrebungen zu erreichen" (396).

Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung als Arbeitsgemeinschaft aller an der hygienischen Volksbelehrung interessierten Behörden, Organisationen und Verbände - er hatte selbst keinen behördlichen Charakter - betätigte sich lediglich richtunggebend, anregend und zusammenfassend (397). Er konnte

nur ein möglichst lückenlos über Deutschland ausgebreitetes Netz schaffen, in dessen einzelnen Maschen die betreffenden Unterorganisationen mit eigener Verantwortung tätig waren. Er wollte eine für die Erörterung gesundheitlicher Fragen günstige Atmosphäre schaffen. Er mußte eine öffentliche Meinung erzeugen, die es für untragbar hielt, daß gewisse Krankheiten ein naturgemäßes Mittelmaß überschritten. Er wollte das Publikum zum Wetteifer erziehen, Rekordleistungen nicht nur im Sport, sondern auch in der Gesundheitspflege zu erzielen (398).

Finanzielle Unterstützung erfuhr der Reichsausschuß durch das Reichsministerium des Innern; außerdem durch die Landesregierungen, wie z.B. das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt, das Preußische Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung; durch Kommunalverwaltungen und durch Versicherungsträger, z.B. in Form von Spenden der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (399).

Die Arbeit des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung wurde durch 8 Abteilungen bewältigt:

1. In der Propaganda-Abteilung wurden Tagungen, Zusammenkünfte, Herausgabe der regelmäßigen Tätigkeitsberichte sowie einer Schriftenreihe (von Vorträgen auf Tagungen und Zusammenkünften), Theateraufführungen hygienischen Inhalts organisiert.
2. Die Schulabteilung gab Richtlinien und Lehrpläne für den gesundheitlichen Unterricht in der Schule heraus, organisierte hygienische Einführungs- und Fortbildungslehrgänge für Schulaufsichtsbeamte, Lehrer und Lehrerinnen gemeinsam mit den Landesbehörden, veranstaltete Schülerwettbewerbe über hygienische Themen. Sie sorgte auch für den Nachweis einwandfreier hygienischer Literatur für Lehrer- und Schulbibliotheken, stellte Wanderbibliotheken zusammen und förderte den hygienischen Unterricht in den Volksschulen.

3. Die Presseabteilung stand unter ärztlicher Leitung. Anfangs hatte sie sich um geeignete Vertrauensleute zu bemühen, die Verbindungen mit der allgemeinen Presse herstellen sollten. Das waren normalerweise Kreis-, Kreiskommunal-, Kommunal- und Schulärzte. Auch Lehrer kamen aber in Frage. Die vom Reichsausschuß herausgegebenen "Pressemitteilungen" mit Artikeln populärhygienischen Inhalts wurden den Vertrauensleuten regelmäßig kostenlos zugestellt. Bis 1931 wurde eine Auflage von 3500 Stück erreicht. Außerdem übernahm die Presseabteilung die Vermittlung von Originalartikeln hygienischen Inhalts für Kalender und für Familien-, illustrierte und andere Zeitschriften.
4. Die Filmabteilung orientierte über hygienische Filme und begutachtete sie. Sie stellte z.B. Verzeichnisse empfehlenswerter hygienischer Filme zusammen und vermittelte den Ankauf sowie die leihweise Beschaffung. Außerdem beteiligte sie sich an der Herstellung neuer hygienischer Lehrfilme.
5. Die Rundfunkabteilung strebte engere Beziehungen zu den einzelnen Sendegesellschaften an und veranstaltete Radiolehrgänge und -vorträge.
6. Die Lehrmittelabteilung erteilte Auskunft auf diesem Gebiet und stellte Mustermappen mit Anschauungsmaterial zusammen, wirkte selbst bei der Herstellung des Lehrmaterials mit und gab eigene Merkblätter, Merkbüchlein, Schriften und Lehrbücher heraus. Außerdem vermittelte sie auch vielfach verbilligt Lehrmaterial fremder Herkunft, insbesondere des Deutschen Hygiene-Museums. Hier handelte es sich auch um Merkblätter, Bildtafeln, Plakate, Moulagen, Hochbilder, Ausstellungen, Lichtbilder, Filmstreifen. Außerdem wurden hier Kasperle-Theaterstücke mit hygienischem Inhalt beschafft.

7. Die Photographische Abteilung besorgte den Verleih von Lichtbildern und Filmstreifen sowie die Ausarbeitung von Mustervorträgen.
8. Der Hygienische Wegweiser als Mitteilungsorgan auch des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung wurde gemeinsam mit dem Deutschen Hygiene-Museum und der Hygiene-Akademie herausgegeben (400).

2.) Die Hauptmittler der hygienischen Volksbelehrung.

1. Schule.

a) Volksschule.

Für besonders wichtig und aussichtsreich hielt ADAM den hygienischen Unterricht in den Schulen, da er durch häusliche Beschäftigung der Kinder mit gesundheitlichen Themen zugleich auch die Eltern belehrte (401). ADAM betont als Voraussetzung für eine erfolgreiche Tätigkeit der Lehrer auf diesem Gebiet ihre zusätzliche spezielle Ausbildung (402). Seit 1922 veranstaltete der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung besondere Hygiene-Lehrgänge für Lehrer und Lehrerinnen (403).

Der Erlaß des Preußischen Ministeriums für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung vom 10. Februar 1926 schaffte die Voraussetzung (404) für die Ausgestaltung der hygienischen Ausbildung der kommenden Lehrergeneration. Er forderte für den Lehrplan der pädagogischen Akademien die Einführung von schul- und sozialhygienischen Vorlesungen. So wurden nun auf den bestehenden Preußischen pädagogischen Akademien von Hygienedozenten Vorlesungen und Übungen über die Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers, über die besondere Hygiene des Schul- und Jugendalters, über Vererbungsfragen und über die Grundlagen der Sozialhygiene gehalten (405).

In den meisten Lehrerausbildungsanstalten wurde Hygiene als Pflichtfach eingeführt (406). Schwieriger war die Ausbildung der bereits tätigen Lehrer (407). Der oben erwähnte Erlaß erstreckte sich auch auf diese (408). Lehrgänge für Schulaufsichtsbeamte veranstaltete der Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung in Preußen zusammen mit dem Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht (409). Hygienische Fortbildungskurse wurden vom Reichsausschuß mit finanzieller Unterstützung durch das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt, das

Preußische Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und den Preußischen Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung organisiert (410). Das Interesse der Schüler suchte man durch Wettbewerbe über hygienische Themen zu wecken, z.B. zeigte die Internationale Hygiene-Ausstellung 1930 in Dresden die originellsten Leistungen eines Zeichenwettbewerbes (411).

b) Berufsschule.

Um auch die Berufsschulen für die hygienische Aufklärungsarbeit zu gewinnen, bediente sich der Reichsausschuß sogenannter Vertrauensleute aus dem Kreise der Lehrerschaft. Diese 1929 eingeleitete Werbearbeit machte bis Ende 1930 mit einer Zahl von 500 bereitwilligen Berufsschullehrern gute Fortschritte. Diese Vertrauensleute sollten die Verbindung zwischen den einzelnen Berufsschulen und dem Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung sowie seinen Unterorganisationen herstellen und den an ihren Schulen tätigen Lehrern in allen Fragen der Gewerbehygiene und Gesundheitspflege Auskunft geben. Behördlicherseits sollten die Vertrauensleute allmählich die Rolle gesundheitlicher Fachberater übernehmen (412).

ADAM stellt im Zentralblatt für Gewerbehygiene 1927 folgende Überlegungen an:

"Trotz den mannigfachen gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit der Arbeitenden sind diese Bestrebungen selbst in den Kreisen der Schaffenden noch lange nicht gebührend gewürdigt worden. ... Insbesondere sollte der gewerbliche Nachwuchs alle diejenigen Maßnahmen nicht als belanglos ansehen, welche in Wirklichkeit von höchstem Wert für die Leistungsfähigkeit, die Gesundheit und das Lebensglück des einzelnen sind" (413).

Auf dem Gebiet der gewerblichen und sozialhygienischen Fürsorge (Unfall- und Krankenschutz) ist eine Schulung der Arbeitnehmer nötig. Zu diesem Zweck versuchten die Krankenkassen z.B. in Berlin, durch Vortragsreihen auf die gewerbliche Bevölkerung

einzuwirken; jedoch entsprach die Beteiligung nicht immer der aufgewendeten Mühe. Darum forderte der Ministerialdirektor i. R. Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. E. DIETRICH aus Berlin auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene in Würzburg die Belehrung der Arbeiter über die Gefahren des Berufes (414). Außerdem unterstützte er den Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung in Preußen in seinen Bestrebungen, schon die Berufsschüler in allgemeiner und gewerblicher Hygiene vorzubilden (415).

Als Lehrer der Gewerbehygiene kam nach Auffassung ADAMS nur der Berufsschullehrer in Frage. Denn die Gewerbehygiene war aus pädagogischen Erwägungen heraus "einzig und allein in Verbindung mit dem übrigen gewerbekundlichen Unterricht zu erteilen. An Hand der Technologie und im Anschluß an die Betrachtung der einzelnen Betriebsvorgänge müssen die gesundheitlichen Gefahren abgehandelt und die Maßnahmen zu ihrer Abstellung gekennzeichnet werden. Erst durch dieses Konzentrationsprinzip beim Unterricht erhalten die sonst trockenen Vorschläge rechtes Leben. Weiterhin läßt sich bei dieser Art der Unterrichtserteilung eine Spezialisierung der Stoffmenge vornehmen und das für eine Berufsgruppe passende Unterrichtsmaterial mit weit größerer Gründlichkeit verarbeiten" (416).

Ein Arzt kam für das Lehrfach Gewerbehygiene nicht in Frage, weil ihm die spezielle Schulung und Ausbildung in Fragen der Gewerbehygiene und vor allem der Technologie fehlen. Infolge des Mangels an Ausbildungsmöglichkeiten war die Zahl genügend vorgebildeter Gewerbeärzte gering (417). Als die "unbestrittene Domäne der Ärzte" bezeichnet ADAM dagegen die Ätiologie, Pathologie und Heilung der Berufskrankheiten als Teile der Gewerbehygiene. Sie erfordern "ein gediegenes ärztliches Wissen und eine fachmännische Fortbildung auf diesem Spezialgebiete. Auf diese Angelegenheiten kann sich unmöglich die belehrende

Tätigkeit der Berufsschule erstrecken" (418).

ADAM räumt außerdem ein:

"Um nun den Berufsschullehrer für dieses neue Arbeitsgebiet tüchtig zu machen, ist die ärztliche Mitarbeit natürlich ganz unerlässlich. Der Gewerbehygieniker muß dem Schulmann zur Seite stehen und ihm das wissenschaftliche Rüstzeug für seine unterrichtliche Praxis an die Hand geben" (419).

Auf Anregung der Berufsschullehrerschaft und der gewerbetreibenden Berufsgenossenschaften und mit Unterstützung des Reichsministeriums des Innern, verschiedener Länderregierungen und der Deutschen Gesellschaft für Gewerbehygiene veranlaßte der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung 1927 in 11 deutschen Städten gewerbehygienische Kurse, in denen die Methodik gesundheitlicher Aufklärung in den Berufsschulen und außerdem Fragen der allgemeinen Gesundheitspflege, die für das berufsschulpflichtige Alter von erhöhter Bedeutung sind, auf der Tagesordnung standen. Auch Fragen der allgemeinen Arbeitshygiene, der Unfallverhütung und der speziellen Berufs- und Gewerbehygiene für die einzelnen Berufsgruppen wurden gesondert dargestellt (420). ADAM spricht die Hoffnung aus, daß solche Kurse mit Unterstützung des Ministeriums für Handel und Gewerbe als ständige Einrichtung auch in anderen Orten nachfolgen (421).

Hygiene-Lehrbücher für Schulen.

ADAM hat - "um den Lehrern selbst das Rüstzeug für die Erteilung eines solchen Unterrichts in die Hand zu geben" (422) - im Rahmen des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung mehrere Lehrbücher über Gesundheitslehre mitherausgegeben und einzelne Kapitel darin selbst verfaßt. Z.B. sollte die 1926 erschienene "Gesundheitslehre für die Fortbildungs-, Berufs- und Fachschulen" (423) eine Lücke in der Berufsschulpädagogik schließen.

"Die Gesundheitslehre soll den unterrichtlichen und erzieherischen Aufgaben der Berufsschulen angegliedert werden. ... Die staatsbürgerliche Erziehungsidee wird durch das Buch nach

der gesundheitlichen Seite hin wertvoll ergänzt, indem es im besonderen die gesetzlichen Maßnahmen aufzeigt, welche zur Unfallverhütung, zum Schutze von Leben und Gesundheit der Arbeitenden ergangen sind. ... Das Buch will mit dazu verhelfen, daß durch die hygienische Erziehung der Unproduktivität - aus Krankheit und Arbeitsunfähigkeit resultierend - entgegengewirkt wird. Auf dem Wege einer 'hygienischen Arbeitskultur' will es zur optimalen Ökonomie menschlicher Arbeitskraft verhelfen" (424).

In der Einleitung zu diesem Buch schreibt ADAM über Veranschaulichung beim Gesundheitsunterricht in der Fortbildungsschule und gibt detaillierte Hinweise auf die vorhandenen Hilfsmittel und Möglichkeiten ihrer Beschaffung und Auswertung. Außer anatomischen sollen auch physiologische und hygienische Tatsachen veranschaulicht werden. "Über das Veranschaulichungsmittel hinweg soll der Zögling zu einer inneren Würdigung der zu ergreifenden hygienischen Maßnahmen kommen" (425).

In der 1923 erschienenen "Gesundheitslehre in der Schule" (426) hat ADAM das Kapitel über "Das Auge" geschrieben; er schafft zunächst die theoretischen Grundlagen und gibt dann praktische Hinweise besonders für den Schutz des Auges und die Vermeidung von Schädigungen und ansteckenden Erkrankungen. In der Neuauflage, die 1930 unter dem Titel "Lehrbuch der Gesundheitspflege und der Gesundheitslehre in der Schule" (427) erschien, findet sich das entsprechende Kapitel in geringfügig veränderter Form.

Die Herausgeber von "Gesundheit ist Lebensglück. Gedanken des Volksgesundheitslehrers Dr. Jakob Laurenz Sonderegger für Schule und Haus" (428) sagen im Vorwort 1930:

"So darf auch die hygienische Prophylaxis unserer großen Volkskrankheiten und die physische Erziehung unseres Volkes nicht mehr als eine 'hochachtbare Schwärmerei' behandelt werden, sondern sie muß allen Volksgenossen eingehen. Hierzu will die hygienische Volksbelehrung ein Wegweiser sein."

1931 half ADAM auch bei der Zusammenstellung von "Hygienische(n) Tatsachen, die man sonst nur mühsam findet" (429).

In den Blättern für Volksgesundheitspflege behandelte ADAM schon 1921 die Frage "Wie erhalte ich mein Auge gesund und leistungsfähig?" (430).

c) Volkshochschule.

Außer mit den Volks- und Berufsschulen setzte sich der Reichsausschuß auch mit den Volkshochschulen in Verbindung, deren Arbeitsgemeinschaften für die hygienische Belehrung der Erwachsenen nutzbar gemacht werden konnten, indem hier allgemeinverständliche hygienische Vorträge gehalten wurden (431).

2. Presse.

Die Reichsgesundheitswoche gab dem Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung zum ersten Male Gelegenheit, auch die Beeinflussung der Presse im Sinne der hygienischen Volksbelehrung in seinen Tätigkeitsbereich miteinzubeziehen (432). Zunächst brauchte man auch hier wieder Vertrauensleute, die für eine zweckmäßige Auswahl und Neufassung des Materials, das der Reichsausschuß ihnen einmal monatlich zusandte, sorgten. Dafür kamen vor allem Kreisärzte in Frage (433). Direkten Kontakt zu Redakteuren und Schriftleitern der Presse suchte z.B. der preußische Landesausschuß durch einen Presseabend im November 1928 in Berlin (434).

Während der Reichsgesundheitswoche also gründete der Reichsausschuß ein eigenes Mitteilungsblatt mit Aufsätzen über volkshygienische Themen, das den Zeitungen kostenlos zum Abdruck zugeschickt wurde. Als nach Beendigung der Reichsgesundheitswoche auch das Mitteilungsblatt wegfiel, veranstaltete der Reichsausschuß im Januar 1927 eine Konferenz mit den ärztlichen Mitarbeitern großer Tageszeitungen. Man erkannte, daß vor allem die Zeitungen auf dem Lande weiterhin mit Material des Reichsausschusses versorgt werden mußten, besonders während des Gesundheitsfeldzuges 1927. Die großstädtischen Zeitungen verfügten dagegen über genügend medizinische Mitarbeiter (435). Im August 1927 gründete der Reichsausschuß eine eigene Pressestelle, 1928 unter ärztlicher Leitung. Der gesamte Pressedienst wurde ausgebaut (436):

Mit Hilfe von Korrespondenzen wurde versucht, eine größere Anzahl von Presseorganen zu erfassen. Hier kamen vor allem der Amtliche Preußische Pressedienst, die Presseabteilung der Badischen Regierung, die Pressestelle des Mecklenburg-Schwerinschen Staatsministeriums und der Thüringische Pressedienst in Frage, denen vom Reichsausschuß durch Vermittlung

der Landesausschüsse wöchentlich allgemeinverständliche Artikel zur Weiterverbreitung eingesandt wurden. Auch die Wohlfahrtskorrespondenz erhielt zweimal monatlich einen Artikel (437). Außerdem nahm der Reichsausschuß direkte Verbindung mit Verlegern von Krankenkassen-, Beamten- und Angestellten- und Fach-Zeitschriften, von Frauen-, Eltern- und Familien- sowie illustrierten Zeitschriften und von Kalendern auf. Die Beziehungen zur größeren Tagespresse wurden ständig erweitert (438). Um auch die Zeitungen zu erfassen, bei denen ein Nachdruck durch die hohen Satzkosten schwierig war, wurde allmonatlich vom Reichsausschuß eine von einer Maternkorrespondenz nach Material des Reichsausschusses angefertigte Mater an 100 Zeitungen zur Benutzung übersandt. Einer anderen Maternkorrespondenz wurden vom Reichsausschuß Artikel zur Verfügung gestellt, z. T. bebildert, die den ihr angeschlossenen Zeitungen zum Abdruck weitergegeben wurden (439).

Von den 2000 Exemplaren einer Auflage der Pressemitteilungen im Jahr 1928 wurden

850 an die Landes- und Provinzialausschüsse,

800 direkt an eine große Reihe von Zeitungen des deutschen Sprachgebietes und

150 Exemplare an Einzelpersonen, Eltern-, Frauen- und Fachzeitschriften ausgesandt (440).

Zur Kontrolle über den tatsächlichen Abdruck ließ sich die Pressestelle Belegexemplare zurückschicken (441).

Seit Beginn 1930 wurde vom Reichsausschuß jeder Nummer der Pressemitteilungen eine zu einem der Artikel passende und Fragen der allgemeinen Hygiene behandelnde Abbildung hinzugefügt, die auf Wunsch in Form von Matern billig verkauft wurde (442).

3. Rundfunk.

Ebenso wie für die Zwecke der ärztlichen Fortbildung wurde der Rundfunk auch für die Gesundheitsbelehrung der Bevölkerung nutzbar gemacht. Neben allwöchentlich zwanzigminütigen Ansprachen über den Deutschlandsender Königswusterhausen wurden 1928 auch Radiolehrgänge, der "Schulfunk", eingeführt. Der Reichsausschuß war an der Auswahl populärhygienischer Vorträge maßgebend beteiligt (443).

Auf Beschluß der Mitgliederversammlung regte der Reichsausschuß vor 1929 die Reichs-Rundfunk-Gesellschaft an, die einzelnen Sendegesellschaften zu veranlassen, in ihre Programme in stärkerem Maße Vorträge über hygienische Fragen aufzunehmen. Eine Umfrage des Reichsausschusses bei den einzelnen Sendegesellschaften ergab, daß von fast allen diese Anregung aufgenommen worden war und daß sie regelmäßig populär gehaltene hygienische Vorträge sendeten (444).

Im Pädagogischen Zentralblatt führt ADAM an:

Der Schulfunk vermittelt nicht nur schulhygienische Belehrungen an die Arbeitsgemeinschaften von Lehrern oder sonstigen Interessenten; im Jahre 1928 wurde erstmals auch versucht, eine wöchentliche schulhygienische Rundfunkstunde für den Klassenunterricht anstelle des fehlenden Gesundheitsunterrichts durchzuführen (445). "Der Mediziner führte Tatsachen aus seiner ärztlichen Praxis vor, welche zum Nachdenken Anlaß geben sollten. Er gab auf diese Weise das Beobachtungsmaterial, welches der Schulpraktiker hernach in einem entwickelnd darstellenden Unterrichtsverfahren den Schülern im Lautsprecher vermitteln sollte. Die Darbietungen sollten die Lehrerschaft nicht nur veranlassen, die Vorbereitung des Darzubietenden zu bewirken, sie sollten vielmehr auch angehalten werden, während der Rundfunkstunde die nötigen Veranschaulichungen - Tafeln oder selbstgefertigte Zeichnungen - zu übernehmen." Die Mitarbeit der Schüler sollte auch hier durch Wettbewerbe, z.B. anschließend

eingesandte Aufsätze, angeregt werden.

Themen dieser Rundfunkvorträge waren z.B. Ernährung, Reinlichkeit, Leibesübungen (446).

4. Film und Theater.

Ein sehr wichtiges Kommunikationsmittel für die Zwecke des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung war nach ADAM der Film.

"Besonders wichtig ist die Erfassung des Publikums für unsere Fragen in den Kinotheatern, besonders deshalb, weil gerade das Kino von solchen Volkskreisen aufgesucht wird, die gesundheitlichen Fragen wenig oder kein Interesse entgegenbringen. Natürlich muß die Form der Belehrung durch den Film so sein, daß das betreffende Publikum ergriffen und interessiert wird. Dazu können Filme rein didaktischen Inhalts nicht helfen. Es muß die Belehrung entweder in eine humoristische Form oder, soweit dies der Gegenstand nicht gestattet, in eine ergreifende oder sonst interessierende Form gekleidet werden. Filme zu schaffen, ist nicht schwer, aber Filme in den Theatern unterzubringen, das ist die Frage der Zukunft" (447).

Die Filmstelle wirkte mit bei der Katalogisierung der deutschen Lehr- und Kulturfilme bei dem Internationalen Lehrfilminstitut in Rom, sie beriet deutsche Firmen bei der Einfuhr ausländischer Lehr- und Spielfilme (448).

Der Reichsausschuß förderte auch die Herstellung hygienischer Spielfilme, z.B. "Fluch der Vererbung", und wirkte bei der Schaffung der Lehrfilmserie "Deutsche Städtehygiene" mit. Anlässlich der Reichs-Unfallverhütungswoche (RUWo) wurde z.B. auch auf Veranlassung des Reichsausschusses von seiner Filmstelle ein Film über die Hygiene und Unfallverhütung im Haushalt, "Das Alte stürzt", hergestellt. Seit 1929 wurde auch die Trickfilmserie "Lustige Hygiene" über die Filmstelle

vermittelt (449).

Der internationale Ruf dieser Institution bestätigte sich durch besondere Aufträge: Für die in Kopenhagen tagende Internationale Serumkonferenz, die von der Hygiene-Sektion des Völkerbundes einberufen worden war, wurde die Filmstelle des Kaiserin Friedrich-Hauses zur Überwachung der dort benötigten wissenschaftlichen Filmaufnahmen in Anspruch genommen.

Eine vom Reichsgesundheitsamt vorbereitete Reise einer ärztlichen Studienkommission des Völkerbundes durch Sachsen, Bayern, Schlesien und Schleswig-Holstein sollte auf Wunsch der Hygiene-Sektion des Völkerbundes in kinematographischen Filmaufnahmen festgelegt werden. Mit der Überwachung und Leitung wurde wieder die Filmstelle des Reichsausschusses beauftragt (450).

Wenn das vorhandene Filmmaterial wirklich genutzt werden sollte, mußten mit Hilfe des Reichsausschusses noch einige organisatorische Schwierigkeiten überwunden werden. Um diese überhaupt zunächst einmal ausfindig zu machen, sicherte sich der Reichsausschuß im Winter 1930 für 3 als brauchbar befundene Filme für eine Reihe von Ländern und Provinzen das Vorführungsrecht (451). Er stellte die Filme dann durch Vermittlung der zuständigen Landes- und Provinzialausschüsse deren Unterstellen zu günstigen Leihbedingungen zur Verfügung.

1. Nachdem alle vorhandenen hygienischen Aufklärungsfilme durch Sachverständige gesichtet waren, wurde ein Verzeichnis mit Beurteilungen zum Gebrauch für die Landes- und Provinzialausschüsse und deren Unterstellen erarbeitet.

2. Zur Verbilligung der gefragten Filme wurden auch Kulturfilme vermittelt unter der Bedingung, daß mindestens ein hygienischer Film mitbestellt und vorgeführt wurde.

3. Um die praktische Filmvorführung nicht an technischer Unerfahrenheit scheitern zu lassen, wurden engere Beziehungen zum Deutschen Bildspielbund hergestellt. Dieser ge-

währte dann Hilfe bei der technischen Leitung und bei der Beschaffung von Vorführungsräumen. Er stellte außerdem Projektionsapparate und Filmvorführer gegen Berechnung der Selbstkosten.

Mehrere Schwierigkeiten zugleich konnten durch die Entwicklung des Schmalfilms gemeistert werden: damit konnten polizeiliche Vorschriften, die besonders auf dem Lande die Vorführung von Normalfilmen vielfach unmöglich machten, umgangen und außerdem die Kosten für Anschaffung, Projektionsapparat und Transport wesentlich verringert werden. Die besonderen Projektionsapparate konnten durch den Reichsausschuß verbilligt bezogen werden. Auf Schmalfilm umkopiert wurden 1930 z.B. die 9 Filme "Lustige Hygiene" (452).

Theater.

"Blaue Jungen", ein Theaterstück von Leo HERZOG, wurde vom Reichsausschuß gemeinsam mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin im Januar 1928 vor Behörden, Ärzten, Schulen und anderen interessierten Stellen uraufgeführt. Damit trat auch das Theater in den Dienst der hygienischen Volksbelehrung. 1929 wurde das Stück 430 mal in 246 Erwachsenenvorstellungen und 184 Schülerveranstaltungen gezeigt (453).

Kaspertheater.

Der Reichsausschuß stellte eine Mustermappe zusammen, die sämtliche Kasperle-Theaterstücke mit Angabe der Bezugsquellen und -bedingungen enthielt. Im Auftrag des Reichsausschusses erschien in diesem Zusammenhang im Kribe-Verlag in Berlin das Stück "Kasperle im Kampf gegen den Bazillus", das im Winter 1931/32 113 mal in Schulen Groß-Berlins vorgeführt

Schaufenster.

Keine Möglichkeit der Kommunikation über vorhandene Einrichtungen wurde ausgelassen. Breite Bevölkerungsschichten wollte der Reichsausschuß z.B. auch durch hygienische Schaufensterpropaganda ansprechen, Apotheken und Drogerien, die in erster Linie in Frage kamen, bestellten Plakate und Wechselrahmen aus Beständen des Reichsausschusses. Die Nachfrage war 1930 "überaus groß" (455).

3.) In eigener Regie.

In eigener Regie entfaltete der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung eine rege Ordnungs- und Sammeltätigkeit.

1. Zusammenstellungen.
2. Schriften, Hygienischer Wegweiser und Berichte
3. Vermittlungstätigkeit.
4. Einzelgebiete.
5. ADAMS Teilnahme an Veranstaltungen; Vorträge.

1. Verzeichnisse.

Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung gab ein Verzeichnis der schul- und volkshygienischen Literatur heraus, das erstmals im Jahre 1926 zur Zeit der Reichsgesundheitswoche erschien. Die zweite Auflage folgte 1929/30 und war mit 20 000 Exemplaren schnell vergriffen (456).

In einem Auswahlkatalog für Volksbüchereien, der vom Reichsausschuß gemeinsam mit dem Provinzialausschuß für hygienische Volksbelehrung in Hannover 1931 fertiggestellt war, wurde auch hygienische Literatur kritisch berücksichtigt. Landes- und Provinzialausschüsse konnten den Katalog vom Reichsausschuß leihweise beziehen (457). Neben den vom Reichsausschuß geschaffenen Hilfsmitteln für die gesundheitliche Belehrung besaß die Geschäftsstelle im Kaiserin Friedrich-Haus noch ein besonderes Archiv der Volksgesundheitslehre, das die Entwicklung der hygienischen Volksbelehrung verfolgte. Alle einschlägigen wissenschaftlichen, populären, methodischen, literarischen und statistischen Erzeugnisse wurden berücksichtigt, d.h. gesammelt und verliehen (458).

Ähnliches beinhaltete eine sogenannte Wanderbücherei. Empfehlenswerte Bücher waren hier zusammengestellt. Sie sollten die Veranstaltung von Kursen erleichtern, boten Informationsmaterial

für aufklärende Vorträge und waren auch für Lehrerbüchereien geeignet. Die Bücherei war in transportablen Kisten untergebracht und wurde Interessenten kostenlos zugesandt (459). Rednerlisten stellten die Landes- und Provinzialausschüsse für den Reichsausschuß zusammen, um für verschiedenartige Veranstaltungen schnell geeignete Vortragende vorschlagen zu können (460).

Ein anderer Weg zur Beschaffung geeigneter hygienischer Volkslehrer war das Engagieren von "Wanderlehrern". Bekannt war z.B. Dr. SIERING, ein blinder Arzt und Gesundheitslehrer aus Lübeck. In der Provinz Hannover z.B. bekämpfte eine "Wanderrednerin für den Nüchternheitsunterricht in den Schulen und Fortbildungsschulen" den Alkoholmißbrauch (461). Eine Karthotek der Kreis-, Kreiskommunal-, Kommunal- und Schulärzte, die einzige im Reich, ging aus der Geschäftsstelle des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung 1927 hervor. Sie kam der Tätigkeit des Reichsausschusses zugute, wenn dieser z.B. Vertrauensleute für die Presse, Leiter von örtlichen Veranstaltungen (Gesundheitswochen in kleinstem Rahmen) suchte (462).

2. Schriften (eigenes Material).

An eigenem Material stellte der Reichsausschuß vor allem Merkblätter und Lichtbilder her. Ebenso wie die Wanderbücherei erleichterten hier Merkblättermustersammlungen, in denen nicht nur die eigenen Merkblätter aufgenommen waren, die Auswahl geeigneter Literatur. Sie enthielten, nach Gebieten geordnet, Muster der wichtigsten Merkblätter und gaben Auskunft über Bezugsquellen und -bedingungen.

Folgende Gebiete waren berücksichtigt: Allgemeine Gesundheitspflege, Säuglings- und Kleinkinderpflege, Jugendpflege, Mutter-schutz, Wohnungshygiene, Eheberatung, Sexualhygiene, Alkoholis-

mus, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Infektionskrankheiten, tierische Parasiten des Menschen, tierische Schädlinge, Zahn-pflege, Nahrungsmittelhygiene, Gewerbehygiene, Berufsberatung, Unfallverhütung, Krüppelfürsorge, Krebskrankheiten (463).

Angeregt durch die rege Nachfrage nach einem Sonderdruck über das Thema "Die Schule im Dienste der hygienischen Volksbelehrung" - etwa 16 000 Exemplare waren angefordert worden - beschloß der Reichsausschuß 1929, eine Schriftenreihe herauszugeben. Bemerkenswerte Referate über hygienische Volksbelehrung, die auf entsprechenden Zusammenkünften gehalten wurden und von allgemeinem Interesse waren, sollten hier aufgenommen werden:

1929/30 folgten Referate über "Organisation der Lehrgänge für Lehrer und Lehrerinnen" (464), "Die Frau und Mutter als Hüterin der Gesundheit" (465) und "Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung" (466).

1930 und 1931 wurden "Möglichkeiten und Wege für die Mitarbeit der Fürsorgerin an der hygienischen Volksbelehrung" erörtert (467) und "Die hygienische Volksbelehrung auf dem Lande" erneut zur Sprache gebracht (468).

Die Hygiene-Lehrbücher wurden schon erwähnt (469).

Im Jahre 1926 gaben ADAM, HAMEL und VOGEL das erste Heft des "Hygienischen Wegweisers" (470) heraus, ein "Zentralblatt für Technik und Methodik der Hygienischen Volksbelehrung". Schon nach 6 Jahren mußte der "Hygienische Wegweiser" sein Erscheinen einstellen. Der Verlag des Deutschen Hygiene-Museums, der Deutsche Verlag für Volkswohlfahrt in Dresden, konnte die Zeitschrift aus wirtschaftlichen Gründen nicht weiterführen.

Als Ersatz gaben Reichsausschuß und Hygiene-Museum viermal im Jahr ein gemeinsames "Nachrichtenblatt" kostenlos heraus (471). Außerdem entstand gerade 1932 die Neue Folge der "Zeitschrift für Schulgesundheitspflege" in veränderter Form unter dem

Titel "Gesundheit und Erziehung". Sie sollte der gemeinsamen Arbeit von Arzt und Erzieher gewidmet sein, schloß aber in den weiten Rahmen dieses Programms auch die Gesamtinteressen der hygienischen Volksbildung mit ein. Damit war sie berufen, die ideelle Linie mit weiterzuführen, die sich der "Hygienische Wegweiser" gesteckt hatte (472).

3. Vermittlungstätigkeit.

Die Bestände des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung an Lehrmitteln standen den Unterorganisationen für ihre Veranstaltungen jederzeit zur Verfügung. Die Zentrale vermittelte darüber hinaus aber auch bei der Beschaffung und Verbilligung von Lehr- und Anschauungsmaterial z.B. des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden und der Deutschen Hochbild-Gesellschaft in München und verteilte außer dem eigenen Material z.B. eine Reihe empfehlenswerter Merkblätter, die vom Provinzialausschuß für hygienische Volksbelehrung in Hannover herausgegeben worden war. Außerdem handelte sie z.B. mit der Reichsbahn Sondertarife für den Transport von sozialhygienischen Wanderausstellungen aus. Durch sein organisatorisches Wirken machte der Reichsausschuß die praktische Arbeit vielfach erst möglich (473).

4. Einzelgebiete.

Neben der Durchsetzung einer allgemeinen Gesundheitspflege und der Bekämpfung der ansteckenden Volkskrankheiten bildeten die Aufklärung zwecks Früherkennung der Krebskrankheiten und die Bekämpfung des Alkoholismus wesentliche Aufgaben des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung. Auf Anregung des Reichsministeriums des Innern und des Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit wurde ein Reichsausschuß für Krebsbekämpfung gegründet, der, nachdem er 1930 seine Geschäftsstelle im

Kaiserin Friedrich-Haus bezogen hatte, ADAM im Jahre 1931 in sein Präsidium wählte (474). Der neugegründete Ausschuß sollte die organisatorischen Fragen bearbeiten, während die Förderung der wissenschaftlichen Probleme dem Deutschen Zentralkomitee vorbehalten blieb (475). Insbesondere die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs durch Kraftwagenführer mußte wegen der großen Gefahren für die Allgemeinheit vom Reichsausschuß organisiert werden. Zunächst wiesen der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung und der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus die Polizeiverwaltungen der großen Städte auf diese Gefahren hin und machten Vorschläge für Gegenmaßnahmen. Zuerst sollten die Kraftwagenführer selbst über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs während ihres Dienstes aufgeklärt werden, wie es später z.B. durch Aushändigung eines Alkohol-Merkblattes bei Erteilung des Führerscheins und durch belehrende Plakate in den Aufstellungsräumen der Autodroschen geschah. Kraftfahrern, die im Betrieb betrunken angetroffen wurden, sollte der Führerschein entzogen werden. Der Reichsausschuß gab nun detaillierte Anregungen, wie der Verführung zum Alkoholmißbrauch entgegengewirkt werden konnte (476).

5. ADAMS Teilnahme an Veranstaltungen; Vorträge.

Einmal im Jahr traten das Präsidium, der Verwaltungsrat und die Mitglieder des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung zu einer Besprechung zusammen. Nach dem geschäftlichen Teil samt Tätigkeitsbericht durch ADAM wurden die Richtlinien für das folgende Jahr erarbeitet. Über Einzelfragen berieten außerdem die Geschäftsführer in kleinerem Kreis inoffiziell. Ähnliche periodische Zusammenkünfte der Vertreter der Ortsausschüsse zu zwangloser Erörterung von Teilfragen bürgerten sich ein. Als Generalsekretär nahm ADAM aber auch an Tagungen teil, die nicht direkt in den organisatorischen Rahmen des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung

fielen, aber Beziehungen zur hygienischen Volksbelehrung hatten. Er nutzte jede Gelegenheit, um in persönliche Verbindung zu Organen mit ähnlichen Bestrebungen zu gelangen (477). Außerdem pflegte ADAM Beziehungen zu ausländischen Hygiene-Organisationen. Davon zeugt z.B. ein kritischer Bericht über "Gesundheitswochen in England" (478).

c. Reichsgesundheitswoche und Gesundheitsfeldzug auf dem Lande.

Die größte Veranstaltung, mit der der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung bereits 1926 an die Öffentlichkeit trat, war die Reichsgesundheitswoche (479). Ein Jahr nach der Verlegung der Geschäftsstelle von Dresden nach Berlin und in Verbindung damit nach einjähriger Tätigkeit ADAMS als Generalsekretär konnte die Aktion gestartet werden. Behörden, Versicherungsträger, Wohlfahrtsverbände, Ärzte, Lehrer, Geistliche, Fürsorgerinnen, Frauenverbände und Samariter, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Presse und Film, Rundfunk und Verkehrsmittel wurden in den Dienst der Aufgabe gestellt und haben "gewetteifert eine Bewegung ins Leben zu rufen, wie sie in ähnlicher Form und Auswirkung Deutschland noch nicht gesehen hatte" (480). In über 3000 Orten haben während dieser Woche Veranstaltungen stattgefunden und damit bei der Hälfte der Bevölkerung Deutschlands das Interesse für Fragen der Gesundheitspflege aktiviert. Einsicht bestand bereits durch die Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse infolge Krieg und Inflation (481).

Das Ziel dieser Veranstaltung geht aus einem "Aufruf zur Reichsgesundheitswoche" hervor:

"Die besten Maßnahmen zur Hebung der Volksgesundheit verfehlen ihre Wirkung, wenn sie von den Massen nicht verstanden und bewußt getragen werden" (482).

In dem Aufruf wird weiter ausgeführt:

"Die Veranstaltung will während einer Woche gleichzeitig in möglichst zahlreichen Orten des Reiches mit allen Mitteln der Belehrung und Propaganda die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit der Gesundheitspflege hinlenken. ... Wie ein gewaltiger Appell soll die Reichsgesundheitswoche alle Volkskreise aufrufen, um ihr Interesse an den gesundheitlichen Fragen wachzurufen und zu beleben" (483).

Sie sollte also alle Kräfte mobilisieren, die bisher im Rahmen des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung noch

nicht mitwirkten. Und zwar wurde ausdrücklich gewünscht, daß die für die einmalige Veranstaltung gebildeten Arbeitsgemeinschaften als "Ortsausschüsse für hygienische Volksbelehrung" bestehenblieben, um für ähnliche lokale Veranstaltungen auf volkshygienischem Gebiet bereit zu sein (484). Die Reichsgesundheitswoche war im übrigen ein Modell für die allgemeine Arbeitsweise der bereits bestehenden Organisationen.

Der Reichsausschuß hatte vornehmlich allgemein fördernd zu wirken, Anregungen zu geben und Vorschläge zu machen, die geeigneten behördlichen Stellen (485) einzuschalten, für die Bereitstellung von Propaganda- und Demonstrationsmaterial zu sorgen und über den Stand der Vorbereitungen zu unterrichten, wozu das eigene Nachrichtenblatt gegründet worden war, das mit allen beteiligten Stellen, besonders den Landes- und Ortsausschüssen, ständige Fühlung unterhielt und ihnen die Anregungen und Vorschläge des Reichsausschusses übermittelte. Durch dieses Korrespondenzblatt wurde über die allgemeine Presse der Kontakt zu weiteren Bevölkerungskreisen hergestellt. Gegenüber den Möglichkeiten von Presse und Rundfunk als Massenkommunikationsmittel trat die Propagandaübermittlung durch Ausstellungen in Schaufenstern, durch Predigten in Kirchen und durch Prologe in Theatern und Kinos oder Konzerten an Bedeutung zurück (486). In einem besonderen Aufruf appelliert der Reichsausschuß an die Ärzte zur Beteiligung an der Reichsgesundheitswoche: "Der Beruf des deutschen Arztes ist Gesundheitsdienst am Deutschen Volk" lautet der erste Leitsatz zum Entwurf der Standesordnung der deutschen Ärzte. Gesundheitsdienst am deutschen Volke ist auch die Reichsgesundheitswoche, die vom 18. bis 25. April 1926 in allen Teilen Deutschlands stattfinden soll.

"Wir versprechen uns von der Tätigkeit des freien Arztes für die Reichsgesundheitswoche außerordentlich viel. Es ist unbedingt erforderlich, daß er im Ortsausschuß vertreten ist und neben dem beamteten Arzt die Kontrolle über die in Aussicht genommenen Vorträge und Redner ausübt. Nur so ist es möglich, daß etwa kurpfuscherische Bestrebungen, die sich der Gesundheitswoche als Sprachrohr be-

dienen wollen, ausgeschaltet werden."

Der Reichsausschuß legte bei allen Planungen das Hauptgewicht auf die lokalen Stellen, die selbst entscheiden sollten, wie sie die Reichsgesundheitswoche örtlich gestalten wollten. Das Programm mußte sich im Einzelfall nach den lokalen Hilfsquellen und Bedürfnissen richten. Die Kosten für die lokalen Veranstaltungen sollten grundsätzlich durch die lokalen Organisationen wie Kommunen, Versicherungsträger, Wohlfahrtsorganisationen getragen werden. Nur in Ausnahmefällen konnte der Staat oder das Reich helfend eingreifen.

"Dem Reichsministerium des Innern gilt das besondere Verdienst, die von den Krankenkassen angeregte Bewegung aufgenommen und durch tatkräftige Mithilfe gefördert zu haben; dem Reichstag gilt der besondere Dank dafür, daß er die nicht unerheblichen Mittel für diese Veranstaltung zur Verfügung gestellt hat" (487).

Zum Teil ließen sich die Geldbeträge auch dadurch aufbringen, daß man für Vorträge Eintrittsgeld kassierte, außerdem durch Geldsammlungen z.B. in Theatern, Kinos, Wohltätigkeitskonzerten, durch kirchliche Kollekten und Aufschläge auf Hotelrechnungen; auch konnten bei den Sportveranstaltungen oder Konzerten die erzielten Überschüsse an die Ortsausschüsse abgeführt werden (488).

Obwohl die Krankenkassen ursprünglich den Vorschlag zur Durchführung der Reichsgesundheitswoche gemacht hatten, gab es zunächst Unstimmigkeiten über die Kostenbeteiligung.

Dazu einige Stellungnahmen:

"Nach § 363 der RVO dürfen Mittel der Krankenkasse nur zu den satzungsmäßigen Leistungen, zur Erfüllung der Rücklage, zu den Verwaltungskosten und für Zwecke der besonderen oder allgemeinen Krankheitsverhütung verwendet werden. ...

Aufklärung für die Volksgesundheit tut dringend not und ist eine besondere Aufgabe der Krankenkassen, die hierfür auf Grund gesetzlicher Bestimmungen Mittel zur Verfügung stellen können" (489).

"Welche besondere Veranlassung haben die Kassen, an der Durchführung der Reichs-Gesundheits-Woche sich höchst aktiv zu beteiligen? Die Volksgesundheit liegt tief danieder. 12 Jahre Friedensstörung machen sich in der Konstitution des einzelnen und des Volkes bemerkbar. Die Kassen leiden besonders stark darunter, denn die sozial bedingten Krankheiten nehmen zu, halten lange an, verlaufen mit Komplikationen, hinterlassen Nachkrankheiten" (490).

Gesundheitsfeldzug.

Wenn auch in zahlreichen Landgemeinden während der Reichs-Gesundheitswoche Veranstaltungen stattfanden, so hat doch aus organisatorischen Gründen die Stadt im Vordergrund gestanden (491). Es war auf dem Lande mit seinen weit auseinanderliegenden Ortschaften bedeutend schwieriger, die für die Durchführung einer derartigen Veranstaltung notwendigen Arbeitsgemeinschaften zu bilden und zu erhalten (492). Für eine Gesundheitswoche auf dem Lande waren außerdem besondere Rücksichtnahmen nötig, die nicht nur die praktische Durchführbarkeit, sondern die Wirksamkeit betrafen: Das Interesse der Landbevölkerung mußte durch ein aktuelles Thema gewonnen werden. Dafür schien es dem Reichsausschuß in seiner Mitgliederversammlung am 7. April 1927 am günstigsten, im Sommer (in der zweiten Junihälfte) einen "Gesundheitsfeldzug auf dem Lande" unter dem Motto "Die Fliegenplage - eine Gesundheitsgefahr" durchzuführen (493).

Eine "Gesundheitswoche" wollte man für diese kleinere Aktion nicht schon wieder veranstalten, um den Begriff "Reichsgesundheitswoche" nicht zu "verwässern". Außerdem war eine Gesundheitswoche "wegen der klimatischen Verschiedenheiten in den einzelnen Teilen unseres Vaterlandes unmöglich". Zwar wäre für die Beteiligung am günstigsten eine Zeit gewesen, in der die landwirtschaftliche Arbeit ruhte. "Von unseren Unterorga-

nisationen wurden wir aber darauf hingewiesen, daß in großen Teilen unseres Vaterlandes im Winter die Verkehrsverhältnisse so schwierige sind, daß die mit einer derartigen Veranstaltung notwendigen Reisen und Fahrten fast zu einer Unmöglichkeit werden" (494). Da der "Feldzug" ohnehin nur den Anstoß zur weiteren gesundheitlichen Belehrung darstellte, kam es nur darauf an, das Interesse an der Frage überhaupt zu wecken.

Vor allem in den Schulen wurden unter Benutzung der vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung und dem Deutschen Hygiene-Museum hergestellten Hilfsmittel (495) die hauptsächlichsten hygienischen Mißstände auf dem Lande und ihre Bekämpfung dargestellt (496). Daß es nicht einfach war, die notwendigen Kreise zu gemeinsamer Arbeit zusammenzufassen, demonstriert folgende Bemerkung:

"Wir glauben, daß es zu empfehlen ist, in der Kreiszentrale alle an der hygienischen Volksbelehrung beteiligten Kreise zusammenzufassen, um auf diese Weise jede Verärgerung zu vermeiden. Die eigentliche Arbeit müßte natürlich von einem kleineren Arbeitsausschuß geleistet werden" (497).

Die Stellen, die zur Mitarbeit herangezogen wurden und an die sich der Reichsausschuß wandte, waren die gleichen wie zur Reichsgesundheitswoche. Gebildet wurden Kreiszentralen, denen meist der Kreisarzt vorstand, und örtliche Ausschüsse, die von praktischen Ärzten geleitet wurden. Wo kein Arzt niedergelassen war, wandte sich der Reichsausschuß ausnahmsweise an die Lehrer mit der Bitte, solch einen Ortsausschuß ins Leben zu rufen und durch Heranziehung benachbarter Ärzte für eine sachgemäße Belehrung zu sorgen (498).

Zur Personenfrage äußert ADAM:

"Wir stehen nach wie vor auf dem Standpunkt, daß der Arzt, sowohl der beamtete wie der frei praktizierende Arzt, das Rückgrat der Bewegung sein muß. Auf der anderen Seite wäre es natürlich töricht, andere interessierte Kreise auszuschließen, denn wollte man etwa die Lehrerschaft oder die Krankenkassen, die Gewerkschaften usw. fernhalten

und sie hindern, an der Organisation praktisch mitzuarbeiten, so würde diese Bewegung in kurzer Zeit jeden Rückhalt verlieren und der Arzt würde vor leeren Bänken sprechen" (499).

Die Gefahren des laienhaften Gesundheitsunterrichts sieht

ADAM folgendermaßen:

"Die Ärzteschaft muß aber das Rückgrat der Bewegung sein, wenn sie nicht erleben will, daß die Bewegung in ein falsches Fahrwasser gerät. Bei der Reichsgesundheitswoche hat es sich bereits gezeigt, daß die Kurpfuscher hellhörig wurden und versuchten, das Wasser auf ihre Mühlen zu leiten. Die Ärzteschaft darf dieser Bewegung nicht fernbleiben, nicht nur deshalb, weil sie Hüter der öffentlichen Gesundheit sind, sondern auch aus eigenem wohlverstandenen Interesse. ... Es handelt sich bei der hygienischen Volksbelehrung gleichzeitig um eine großzügige Bekämpfung des Kurpfuschertums, die selbstverständlich in erster Linie der Bevölkerung, in zweiter Linie aber auch dem Arzt von Nutzen ist" (500).

d. Deutsches Hygiene-Museum.

Die gesamte Tätigkeit des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, an dessen Gründung das Deutsche Hygiene-Museum beteiligt war, wurde wirksam ergänzt durch das Anschauungsmaterial des Museums. Es war kein Museum alten Stils, sondern ein einzigartiges Volksbildungsinstitut, das in seinen Schausammlungen, Wanderausstellungen und Lehrmitteln die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung in anschaulicher und leichtverständlicher Form als plastisches Lehrbuch der Gesundheitspflege darbot (501).

Im November 1911 hatte der Großindustrielle Wirklicher Geheimer Rat Dr.med.h.c. LINGNER (502) die Internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden geschaffen und im Jahr 1912 daraus das Hygiene-Museum entwickelt (503). Das Material mußte zuerst in Kellern und Bodenräumen des Rathauses und des Marstallgebäudes gelagert werden, bis Ende 1923 vom sächsischen Staat Räume der ehemaligen Tierärztlichen Hochschule in der Zirkusstraße 38/40 zur Verfügung gestellt wurden (504).

Träger des Museums war der Verein "Deutsches Hygiene-Museum e.V.". Das Reich, der sächsische Staat und mehrere andere deutsche Länder sowie die Stadt Dresden und eine große Anzahl anderer deutscher Städte, Versicherungsanstalten, Krankenkassen, Wohlfahrtsämter und andere Organisationen waren Mitglieder des Vereins (505).

Die Museumsleitung gliederte sich in eine geschäftliche (Verwaltung) und eine wissenschaftliche Abteilung. Geschäftsführender Direktor war der Regierungsrat SEIRING, der lange Jahre mit LINGNER zusammengearbeitet hatte; das Amt des wissenschaftlichen Direktors hatte VOGEL inne; und die Leitung der 1926 aus dem Museum hervorgegangenen Hygiene-Akademie übernahm WEISBACH.

1924/25 konnte mit der Besserung der wirtschaftlichen Lage (506) erstmals an die Verwirklichung des Planes gedacht werden, einen Museumsbau zu errichten. Die Reichsregierung, der sächsische Staat und die Stadt Dresden hatten die Zuschüsse an das Hygiene-Museum erhöht (507). Nicht ein unzeitgemäßer Luxusbau, sondern ein würdiger Zweckbau entstand. Die Ateliers, Werkstätten und Lagerräume wurden großzügig und nach gesundheitlichen und technischen Gesichtspunkten angelegt (508). ADAM spricht dem Bau "Monumentalität trotz Schlichtheit" zu (509). "Die axiale Gestaltung des Grundrisses ging hervor aus der inneren Organisation des komplizierten Raumprogramms" (510).

Unter den Darbietungen des Deutschen Hygiene-Museums standen die Schausammlungen an erster Stelle. Eine Sonderstellung nahm die Sammlung "Der Mensch" ein, die die Ergebnisse hygienischer Wissenschaft in anziehender und verständlicher Form vermittelte (511). Schon LINGNER hatte die Darstellung des gesunden Menschen in den Vordergrund gestellt: von allen Gebilden auf Erden sei der menschliche Körper das vollendetste. Er ist und bleibt das Meisterwerk der Schöpfung. Ähnliches ist schon oft ausgesprochen worden, aber wohl die wenigsten Menschen haben daran gedacht, daß der menschliche Körper das prachtvollste Modell, das vollendetste Lehrbuch für alle menschlichen Probleme und Betätigungen darstelle und daß in der Organisation des menschlichen Körpers der Schlüssel zu manchem großen biologischen Problem, zu manchem Welträtsel verborgen liege (512).

Auch im neuen Museum stand "Der Mensch" im Mittelpunkt. Unmittelbar angegliedert an diese Ausstellung waren im Erdgeschoß die Abteilungen über Körperpflege und -entwicklung, also z.B. Ernährung, allgemeine Körperpflege, Leibesübungen, Vererbung und Rassenhygiene, Mutter und Kind eingerichtet. Weitere Gebiete der Hygiene fanden im Obergeschoß Platz, z.B.

Arbeits- und Gewerbehygiene, Wohnung und Siedlung, Gesundheit und Krankheit (513).

Die Haupttätigkeit des Deutschen Hygiene-Museums erstreckte sich auf die Gestaltung von Ausstellungen. Die Ausstellung "Der Mensch in gesunden und kranken Tagen" mit der Sondergruppe "Der durchsichtige Mensch", die eine zusammenfassende und besonders eindrucksvolle Übersicht über den inneren Bau des Körpers gab, wurde Anfang 1927 in Leipzig erstmalig veranstaltet (514). Ausgewählte Gruppen aus der Sammlung "Der Mensch" wurden als Wanderausstellungen verschickt. Wanderausstellungen wurden schon seit 1919 organisiert; sie unterstützten die Vortragstätigkeit des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung auf den damals aktuellen Gebieten: Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Säuglingspflege und außerdem Vererbungs- und Rassenhygiene (515).

So wie im Jahr 1926 an der Reichsgesundheitswoche - mit 70 000 Lichtbildern und 15 000 Bildtafeln - (516) hat sich das Hygiene-Museum an allen großen Veranstaltungen, die hygienische Volksbelehrung zum Ziel hatten, beteiligt. Auf der "Gesolei" (Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen) in Düsseldorf stand "Der durchsichtige Mensch" im Mittelpunkt des Interesses. In 22 Möbelwagen hat das Hygiene-Museum noch für 25 andere Gruppen der Gesolei Material geliefert (517). Außerdem war das Deutsche Hygiene-Museum im Jahr 1928 maßgeblich an den großen Ausstellungen "Die Ernährung" in Berlin (518), "Frau und Kind" in Wien und an der Jahresschau Deutscher Arbeit in Dresden "Die technische Stadt" beteiligt (519).

Die "RUWo", Reichsunfallverhütungswoche, war von den Deutschen Berufsgenossenschaften angeregt und vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung durchgeführt worden (520). Die "PRESSA", eine Internationale Presse-Ausstellung, fand

1928 in Köln unter Mitwirkung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung zusammen mit den sozialhygienischen Reichsfachverbänden statt (521).

"Die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens, kulturhistorische Schau über hundert Jahre" stellte eine Sonderschau der Reichsregierung auf der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden im Jahre 1930 dar. Sie wurde vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung mitbearbeitet. Geschichte, Organisation und Methoden der hygienischen Volksbelehrung wurden bildlich und plastisch dargestellt (522). Die internationale "Hygiene-Ausstellung für persönliche Hygiene und Leibesübungen" zeigte in einer weiteren Sondergruppe, "Hygienische Volksbelehrung im In- und Auslande", ebenfalls Methoden des Gesundheitsunterrichtes jeglicher Art. Das Deutsche Hygiene-Museum wollte diese "pädagogisch sehr wertvolle" Gruppe zusammen mit dem Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung schaffen (523).

Sogar aus dem Ausland bestand rege Nachfrage nach Überlassung von Ausstellungen. Ausländische Studienkommissionen und Hygieniker besuchten das Museum (524).

Mit der Einrichtung von Museen oder erheblichen Teilen wurde das Deutsche Hygiene-Museum beauftragt für Rumänien (Klausenberg) und Cuba (Habana). Seine Mitarbeit sagte es auch bei der Errichtung des Museums für Arbeitshygiene in Helsingfors zu. 1926 beauftragte die ägyptische Regierung das Deutsche Hygiene-Museum, ein Hygiene-Museum in Kairo einzurichten (525).

Die Hygiene-Organisation des Völkerbundes hat das Museum sogar herangezogen, Anschauungsmaterial für ärztliche Fortbildungskurse in Warschau, Moskau und Charkow zu entwerfen und in seinen Werkstätten herzustellen (526).

Außer an Schausammlungen, die das eigentliche Museum darstellten, nahm das Interesse an Vorträgen, Lichtbildervorführungen und Kursen im Laufe der Jahre so sehr zu, daß sich der Museumsvorstand entschloß, als besonderes Institut im Rahmen des Museums die Hygiene-Akademie zu schaffen. Sie wurde am 25. Juni 1926 gegründet (527).

Schon 1920 war die Lichtbildstelle eingerichtet worden. 280 Lichtbildreihen und etwa 15400 Lichtbilder über Gesundheitspflege lagen zum Verleih bereit (528).

Um jede der hygienischen Volksbelehrung dienende Gelegenheit auszunutzen, sorgte das Deutsche Hygiene-Museum ebenso wie der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung für die Verbreitung geeigneter Schriften und gab eigene Veröffentlichungen heraus. Die Schriftenreihe "Leben und Gesundheit" behandelte allgemeinverständlich wichtige Gebiete der Gesundheitspflege und erschien in zwangloser Folge, z.T. auch als Lehrbücher für Schulen. Auch Merkblätter wurden berücksichtigt (529).

Bei der Herstellung von Unterrichtssammlungen, Plakaten und Lehrmitteln ging man stets vom menschlichen Körper aus, um dann die persönliche und öffentliche Gesundheitspflege zu behandeln. Auf 10 bis 15 Bildtafeln und in plastischen Darstellungen wurde ein Unterrichtsgebiet wissenschaftlich zuverlässig und doch allgemeinverständlich in gedrängter Form bearbeitet. Solche Sammlungen gab es z.B. über biologisch-hygienische Fragen, über anatomisch-physiologische Grundlagen der Leibesübungen, über Ernährung, Zahnpflege, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, ansteckende Kinderkrankheiten, Säuglingspflege, Arbeitshygiene-Arbeiterschutz und die Alkoholfrage (530).

"Vorher gab es auf der ganzen Welt kaum brauchbares Anschauungsmaterial zum Hygiene-Unterricht" (531). Es war durchaus nicht leicht, Lehrmittel zu schaffen. Aus den vorhandenen Beständen wurde ausgewählt, sie wurden umgearbeitet, vieles

wurde neugeschaffen. "Nur das Beste ist gut genug für den hygienischen Volksunterricht", das war der Leitgedanke des Museums (532). Nicht ein lückenloses Bild der Hygiene und ihrer Grenzgebiete wollte es vermitteln; das verbot die pädagogische Einstellung, die für die Arbeit des Museums richtunggebend war. Nicht tote Beschreibung, sondern Anschauung und Anleitung zu eigenem Denken und Tun mit immer neuen Mitteln strebte es an. Der Weiterentwicklung der Darstellungstechnik verdankte das Museum einen großen Teil seines Rufs (533).

C. ZUSAMMENFASSUNG.

Bei der Darstellung des Lebenswerkes Curt ADAMS im gegebenen zeitgeschichtlichen Rahmen waren drei Gruppen von Veröffentlichungen zu berücksichtigen: biographische Beiträge über Curt ADAM, ophthalmologische Arbeiten von Curt ADAM sowie Artikel und Schriften auf den Gebieten des ärztlichen Fortbildungswesens und der hygienischen Volksbelehrung.

Curt ADAM, am 11. Mai 1875 in Berlin geboren und am 9. Januar 1941 gestorben, begann seine medizinische Laufbahn nach dem Staatsexamen im Jahr 1902 und der Promotion 1903 in Berlin als Ophthalmologe. Er habilitierte sich 1910 für Augenheilkunde und wurde 4 Jahre später a.o. Professor. Eine augenärztliche Praxis hat er bis kurz vor seinem Tode geführt, einen Augenspiegel- und Brillenkurs bis zum Jahr 1940 im Kaiserin Friedrich-Haus abgehalten. Während seiner klinischen Tätigkeit, zuerst als Assistent, später als Oberarzt der Berliner Universitäts-Augenklinik hat ADAM mehrere Lehrbücher und zahlreiche Zeitschriftenaufsätze auf speziellen Gebieten der Augenheilkunde geschrieben, vor allem über orbitale Schußverletzungen, Strabismus und Blennorrhoe.

Schon vor 1914 hatte ADAM als Schriftführer der Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse in Berlin Einblick in die Belange ärztlicher Fortbildung gewonnen. Die Schlüsselstellung auf diesem Gebiet errang er jedoch erst, als er im Jahr 1914 die Nachfolge KUTNERS als Direktor des 1906 in Berlin gegründeten Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen antrat und damit in Personalunion zahlreiche Ämter übernahm: Generalsekretär des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, Generalsekretär des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen, Leiter der Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel und ihrer mediko-historischen

Abteilung.

ADAM hatte damit praktisch die Leitung des ärztlichen Fortbildungswesens im Deutschen Reich inne. Als Publikationsorgan fungierte die Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, die sich unter ADAMS Schriftleitung zu einer sehr angesehenen und verbreiteten Zeitschrift entwickelte.

Da ADAM gleichzeitig das Amt des Generalsekretärs des Internationalen Komitees für das ärztliche Fortbildungswesen übernommen hatte, das 1937 in Berlin seinen dritten Internationalen Kongreß veranstaltete, war er auch an der Gründung der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen im Jahr 1938 in Budapest beteiligt, zu deren Generalsekretär er wiederum gewählt wurde.

ADAM gehörte nach dem Ersten Weltkrieg auch zu den Organisatoren der medizinischen Gruppe der Waffenbrüderlichen Vereinigung Deutschlands, Österreichs und Ungarns. Als Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen führte er Exkursionen nach Amerika, Italien und Griechenland durch.

Nach 1933 wurde aus der Dozentenvereinigung und der Berliner lokalen Vereinigung des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen die Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung unter ADAMS Leitung gegründet. Daneben wurde seit 1935 ein System der ärztlichen Pflichtfortbildung entwickelt. An der Spitze des gesamten ärztlichen Fortbildungswesens, soweit es der Aufsicht des Ärztevereinsbundes bzw. der 1936 gegründeten Reichsärztekammer unterlag, stand jetzt der "Beauftragte des Reichsärztführers für das ärztliche Fortbildungswesen im Kaiserin Friedrich-Haus.

ADAM war an der Organisation der Pflichtfortbildung nicht beteiligt, hat sie jedoch schon vor ihrer Einführung als wirksamste

Form der ärztlichen Fortbildung befürwortet. Obwohl er seine Ämter (Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses und Geschäftsführer der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen) nominell behielt, verlor er nach 1933 die führende Stellung.

Im Jahr 1919 hat ADAM den Preußischen Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung gegründet und war seit 1925 auch Generalsekretär des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung. Diese Institutionen arbeiteten eng zusammen mit dem Deutschen Hygiene-Museum in Dresden.

ADAM war seit 1920 Mitglied des Landes- und Reichsgesundheitsrates sowie Vorstandsmitglied zahlreicher wissenschaftlicher und ärztlich-sozialer Vereine. Seit 1914 gehörte er der Berliner medizinischen Gesellschaft an, als deren ständiger Sekretär er seit 1930 eine einflußreiche Stellung bekleidete.

D. ANMERKUNGEN:

1. Ein Vorfahre mütterlicherseits war der Generalchirurg Johann GOERCKE (1750-1822), Begründer der Pepiniere und damit des militärärztlichen Bildungswesens in Preußen. (Die Pepiniere richtete schon früh unentgeltliche Fortbildungskurse für Militär- und beamtete Ärzte, Kreisphysici, ein.)
2. Aus dem Lebenslauf in ADAMS Dissertation (1) geht auch hervor, daß ADAM während seiner klinischen Studien "das Glück (hatte), zwei Jahr als Coassistent und Amanuensis des Herrn Geh.-Rat v. LEYDEN und eineinhalb Jahr im Pathologischen Institut ... thätig zu sein".
Vgl. ADAM: "Ich habe unter Virchow zwei Jahre lang im Pathologischen Institut der Charité gearbeitet."
Zschr. ärztl. Fortbild. 36 (1939) S. 694 f.
3. (1).
Interessant im Hinblick auf ADAMS späteren Wirkungskreis sind die Thesen:
 1. "Bei Behandlung der Leistenbubonen ist in erster Linie auf die sogenannten abortiven Methoden Rücksicht zu nehmen."
 2. "Die Deutschmannsche Theorie der sympathischen Augenentzündung ist unzureichend."
 3. "Die gesetzlichen Bestimmungen den Kurpfuschern gegenüber sind unzureichend."
4. LEYDEN, Ernst von (1832-1910).
5. MICHEL, Julius von (1843-1911). Ophthalmologe.
Julius v. Michel +. (19).
6. ADAM berichtet später (85), S. 229: "Ich selbst war nach einer zweijährigen Volontärarztzeit zwei Jahre lang Assistent, ehe ich zu einer Enukleation des Auges herangelassen wurde. Ich habe mir meine operative Fertigkeit dadurch angeeignet, daß ich mir aus dem Schlachthof Schweineaugen kommen ließ und

an diesen die üblichen Augenoperationen übte und daß ich dann nach dieser Übung einen mir befreundeten Augenarzt, der über ein großes Operationsmaterial verfügte, in den großen Ferien vertrat." Aus diesen Erfahrungen entsprang der Vorschlag für die Schaffung eines Fortbildungsinstitutes auf dem Gebiete der operativen Medizin.

7. (13).

Laut brieflicher Mitteilung durch den Leiter der Universitäts-schriftenabteilung der Humboldt-Universität zu Berlin vom 27.8.1964 ist "vermutlich die Ablieferung der Pflichtexemplare versäumt" worden, "so daß nur die Angehörigen des Verfassers noch im Besitz dieser Arbeit sein könnten".

Belegt ist die Habilitation von "Dr.med. Kurt ADAM für Augenheilkunde" in: Chronik der Königlichen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin für das Rechnungsjahr 1910, Jahrgang XXIV, S. 11.

8. Erwähnt in: ADAMS Diskussionsbeitrag, Berl. med. Ges., 19. Dez. 1917.

Berliner klin. Wschr. 55 (1918) S. 64 und (39), S. 323.

9. (105).

ADAM war leidenschaftlicher Jäger. Das Gehörn eines von ADAM erlegten Rehbocks befindet sich im Besitz des Instituts für Geschichte der Medizin der FU Berlin. - Sein Äußeres war schlicht. - Er trug einen Spitzbart, hatte mittelblondes Haar und graublaue Augen.

(105).

Lehrbücher: (9), (10), (21).

Die "Dozentenvereinigung für ärztliche Ferienkurse zu Berlin" war 1880 gegründet worden als eine der ersten ärztlichen Fortbildungsorganisationen. Fortbildungskurse für die Gesamtheit der Ärzte auf allen Gebieten wurden durch Ernst v.

BERGMANN und Robert KUTNER seit 1900 öffentlich gefordert und organisiert im Einvernehmen mit dem Kultusministerium. Eine "Vereinigung zur Abhaltung von Fortbildungskursen für praktische Ärzte" wurde bereits Ende des gleichen Jahres gegründet; deren Vorstand durch v. BERGMANN und KUTNER neben Bernhard FRÄNKEL (1836-1911) und Rudolf von RENVERS (1854-1909) gebildet.

Daraus ging am 15. Januar 1901 unter Mitwirkung Friedrich ALTHOFFS (1839-1908), also des Kultusministeriums, das "Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen" hervor, dessen erster Vorsitzender wieder v. BERGMANN, dessen Geschäftsführer KUTNER wurde.

Zwanzig, bald vierzig Zweigstellen in Preußen und vierzig weitere in den übrigen deutschen Ländern wurden unter der Dachorganisation "Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen" zusammengeschlossen, der sich am 15.3.1908 konstituierte.

13. ADAMS Ansehen und Ausstrahlungskraft als Dozent zeigt ein Detail seines Berichts über Fortbildungsmöglichkeiten für Ausländer in Deutschland (84), S. 327 f.

"Aus dieser intensiven Zusammenarbeit mit den ausländischen Kollegen sind Freundschaften entstanden, die über das ganze Leben hinaus währen und die häufig bestimmend gewesen sind für den ganzen späteren Lebenslauf des Hörers. Als ich selbst noch Assistent und Oberarzt an der Universitäts-Augenklinik war, hatte ich regelmäßig solche ausländischen Kollegen zur Seite, die ich in der Augenheilkunde ausbilden durfte. Es war mir stets eine ganz besondere Freude, wenn ich hörte, daß meine früheren Schüler sich im Lebenskampf bewährt und mir ihre Freundschaft erhalten haben. So erhielt ich erst vor wenigen Wochen von meinem Freunde CHARLIN, der vor 30 Jahren mein Schüler gewesen war und heute in Santiago de Chile ein vielgesuchter Augenarzt und Universitätslehrer

ist einen Brief, in dem er mich seiner Freundschaft versichert und mir in seiner ritterlichen und feinen Art mitteilt, daß er einen Saal in seiner Klinik mit meinem Namen belegt hat."

14. Konstituierende Sitzung des Kuratoriums der Kaiserin Friedrich-Stiftung am 21.11.1903 unter Vorsitz Carl HAMELS (1870-1949), nachdem am 7.3.1903 auf der konstituierenden Sitzung des vorbereitenden Ausschusses zur Begründung des Kaiserin Friedrich-Hauses ein "Vorbereitender Ausschuß des Komitees zur Begründung eines Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen" beschlossen worden war, dessen Aufgaben dann von der "Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen" übernommen wurden.
15. KUTNER, Robert (1867-10.12.1913), Urologe, erster Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses und Begründer der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.
16. Das "Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen" war benannt zu Ehren der Kaiserin Friedrich, geb. Viktoria (1840-1901), Gattin des Königs und Kaisers Friedrich III. (1831-1888).

Das große Interesse der Kaiserin speziell für die Krankenpflege war allgemein bekannt, und ADAM meint: "Auf ihrem langen Krankenlager mag sie die Unzulänglichkeit menschlichen Könnens und Wissens empfunden und aus dieser Empfindung heraus den Gedanken geäußert haben, durch bessere Ausbildung der Ärzte der Allgemeinheit zu nützen" (80), S. 713.

Nach zweijähriger Bauzeit konnte das Kaiserin Friedrich-Haus am 1. März 1906 seiner Bestimmung übergeben werden und noch im Jahre 1939 erinnert sich ADAM daran: "Ein prachtvoller Frühlingstag! - Ein heller Sonnenschein erleuchtete mit seinen warmen Strahlen sämtliche Räume und erhöhte im Kreise der Veranstalter wie der Gäste die schon an und für sich weihevollen Feststimmung. Wohl selten hat ein medizini-

ches Institut eine derartig glänzende Korona vereinigt wie das Kaiserin Friedrich-Haus bei seiner Eröffnung. Ihren Höhepunkt fand die Feier in der Ansprache des Kaisers selbst, der auf die Leidenszeit seiner Mutter hinwies und betonte, daß aus diesem Leiden heraus der Gedanke des ärztlichen Fortbildungswesens geboren sei " (92), S. 768.

17. Hervorgegangen war die "Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel" aus einer im Jahre 1902 vom Kultusministerium veranstalteten "Ausstellung ärztlicher Lehrmittel", die von den Ausstellern teilweise als Grundstock für die Sammlung unentgeltlich überlassen wurde. Die Medico-Historische Abteilung, deren Grundstock eine Schenkung von Eugen HOLLÄNDER war, kam ein Jahr später dazu. Ihre historische Instrumentenabteilung war das frühere "Königlich Preußische Instrumenten- und Bandagenkabinett", unter Johann Gottlieb BERNSTEIN (1747-1835) als erstem Kustos eigentlich im Jahre 1810 begründet, indem dieser am 18. Juni 1810 dem Ministerium des Innern für den öffentlichen Unterricht ein Verzeichnis vorgelegt hatte, wurde von der neugegründeten Universität Berlin übernommen, war im Besitz des Collegium medico-chirurgicum und wurde aus dem Langenbeck-Hause durch v. BERGMANN in den Besitz des Kaiserin Friedrich-Hauses überführt. Die Ausstellungen, meist historischen Charakters, die ADAM als Vorsteher der Sammlung ärztlicher Lehrmittel durchgeführt hat, wurden "stets mit einer ganz besonderen persönlichen Liebe gestaltet". (95).
18. Als ADAM 1914 die Schriftleitung übernahm, stand ihm dabei HOLST zur Seite, von 1917 an Edgar HAYWARD (1884-1944). Ietzterer, Chirurg im Dominicus-Krankenhaus Hermsdorf, redigierte den Referatenteil. Daß er Jude war, ist erst 1944 bekannt geworden. ADAM soll es jedoch gewußt haben. ADAM soll seit 1940 Mitglied der NSDAP gewesen sein, ohne

von seiner Umgebung jedoch mit Parteiabzeichen gesehen worden zu sein. (105).

19. Die "Zeitschrift für ärztliche Fortbildung" wurde von KUTNER am 1. 1. 1904 gegründet, war zunächst Publikationsorgan des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen gewesen, dann des Reichsausschusses für das ärztliche Fortbildungswesen, später wurde sie das Organ der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, dann das aller Akademien (1941 Berlin, Wien, Dresden, Hamburg . Pütz, (Franz), Zschr. ärztl. Fortbild. 38 (1941) S. 113.)
20. BERGMANN, Ernst von (1836-1907).
21. KIRCHNER, Martin (1854-1925), von 1911-1919 Direktor der Medizinalabteilung im Innenministerium.
22. Neue Zschr. ärztl. Fortbild. 1 (1958) S. 3.
23. Ebd.
24. Heeresdienst hatte ADAM bisher nicht leisten müssen, und er wurde auch ~~jetzt~~ nicht einberufen. (96), S. 2.
25. (105).
26. Die "Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung" wurde 1933 gegründet.
(74): Führer durch das medizinische Berlin (1938), S. 6.
Sie begann im Herbst 1938 ihr 10. Semester.
Ebd., S. 5.
27. Zschr. ärztl. Fortbild. 32 (1935) S. 308, sowie BLOME (94), S. 1.
Die weiteren derartigen Akademien sollten der Fortbildung auf einem medizinischen Spezialgebiet dienen. Bis 1941 waren solche Akademien in Hamburg, Dresden und Wien entstanden.
28. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1937) S. 13.

29. Zitate dazu s. S. 70 u. S. 78 dieser Arbeit.
30. RAMM, R., Nachfolger BLOMES als Beauftragter des Reichsärztesführers für das ärztliche Fortbildungswesen.
31. Ders. (96), S. 5. Gedächtnisrede, vorgetragen in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 7.5.1941.
32. BLOME, Kurt, seit 1934 im ärztlichen Fortbildungswesen tätig, erster Beauftragter des Reichsärztesführers für das ärztliche Fortbildungswesen.
33. Ders. (95).
34. Erwähnt von RAMM (96), S. 2, LORENTZ (98), S. 203 und ROTT (99), S. 338.
35. (84), (87).
36. RAMM (96), S. 5.
37. Als Geschäftsführer der "Deutschen Gesellschaft für ärztliche Studienreisen" wird ADAM in (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) erstmals aufgeführt. Im Jahre 1906 war auf Vorschlag KUTNERS ein Komitee gegründet worden, das internationale Studienreisen zu einer ständigen Einrichtung machen sollte.
Zschr. ärztl. Fortbild. 3 (1906) S. 511 f., S. 512.
38. z.B. (96), S. 4.
39. ROTT (99).
40. Damit war die Herausgabe der "Bericht(e) des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung" über die einzelnen Geschäftsjahre verbunden. (59), (60), (61).
41. (99), S. 338.
42. Die Reichsgesundheitswoche 1926 (57),
Der Gesundheitsfeldzug 1927 (55).

43. LORENTZ, Friedrich (geb. 1876), Rektor und Schulhygieniker in Berlin, Mitherausgeber mehrerer Schul-Gesundheitslehrbücher: (51), (53), (65), (66).
44. Ders. (98), S. 203.
45. ZINN (97).
46. ADAM verfügte über englische, französische, italienische, spanische und russische Sprachkenntnisse.
Ebd.
47. Ein anschauliches Beispiel dafür stellt die Ausstellung "Der Arzt im Spiegel der Karikatur" dar.
Zschr. ärztl. Fortbild. 35 (1938) S. 28-30.
48. ROTT (99), S. 338.
49. Eintragung im Sterbebuch beim Standesamt Berlin-Wedding unter Nr. 214/1941; letzte Adresse: Berlin-Tiergarten, Händelallee 8.
ADAMS Grabstätte befindet sich auf dem Kirchhof der Kirchengemeinde "Ev. Jerusalems- und Neue Kirche", (Berlin 61, Mehringdamm 21), Abt. 4/1, Reihe 25, Nr. 4.
50. BLOME (95).
51. (105).
ADAM selbst erwähnt außerdem 1937, seit 10 Jahren an Flimmerskotom zu leiden.
ADAM: "Zwei Formen von Flimmerskotom und ihre prognostische Bedeutung."
Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde und für Augenärztliche Fortbildung 105 (1940) S. 211-217 und
Zschr. ärztl. Fortbild. 38 (1941) S. 114.
52. RAMM (96), S. 6.
53. BASTIANELLI, Raffaele: "Italienischer Gruß."
Zschr. ärztl. Fortbild. 38 (1941) S. 278.
54. ADAM (77), S. 150.
55. (9).

56. Englische Übersetzung: Handbook of treatment for diseases of the eye. (Rebmann) London.
Französische Übersetzung: Précis de thérapeutique oculaire. Traduit (sur la 2. éd. allemande) par Lucien HALM; (avec une préface par V. MORAX. ...) Paris, (L. Hortalá u. Gittler) 1911.
Spanische Übersetzung: Manual de terapéutica de las enfermedades de los ojos, por el Dr. Curt Adam ...; con un prologo del Dr. von Michel.
Ed. española . . . La Coruna, 1910.
57. (10).
58. (10), 5. Auflage, 1923:
Englische Bearbeitung von Prof. Dr. Sym und Dr. Lithgow in Edinburgh.
Französische Übersetzung von Dr. Halm-Paris, mit einem Vorwort von Dr. Morax-Paris.
Italienische Bearbeitung von Prof. Dr. Rombolotti-Pavia.
Spanische Ausgabe von Dr. Gradaille-Coruna.
Russische Übersetzung von Dr. Jampolski-Berlin.
59. KÖLLNER bespricht die 3. Auflage (1914) in Med. Klinik 10 (1914) S. 995.
60. (21): " ... Mit besonderer Berücksichtigung der für die Allgemein-Medizin wichtigen Fälle für Ärzte und Studierende."
61. ELSCHNIG, Anton (1863-1939), Ophthalmologe.
62. AXENFELD, Theodor (1867-1930), Ophthalmologe.
63. Englische Übersetzung: Ophthalmoscopic diagnosis, based on typical pictures of the fundus of the eye with special reference to the needs of general practitioners and students.
Transl. by Matthias L. Foster. ...
New York, Rodman Co., 1913.
64. (12). Weitere Arbeiten über dieses Thema:
(8), (17), (18), (26), (47).

65. (17), s. auch (8).
66. GOLDZIEHER, Vilmos (Wilhelm) (1849-1916), Ophthalmologe.
s. ADAM (17), S. 8.
67. (17), S. 131. ADAMS "Rechtfertigung" der Tierversuche.
68. (17), S. 132.
69. (47).
70. CRANZ, Carl Julius (1858-1945), Physiker.
71. In Buchform (27) und als Zeitschriften-Artikelserie (26).
72. ADAM (27), S. 3.
73. (26).
74. z.B. ADAM (27), S. 76: sympathische Ophthalmie, welche
auch in ADAM (29) Gegenstand der Betrachtung ist.
75. Arbeiten über Strabismus: (2), (11), (16), (22).
76. (2), nach einem von ADAM in der Berliner Ophthalmologischen
Gesellschaft gehaltenen Vortrag.
77. HERING, Ewald (1834-1918), Physiologe; z.B. Untersuchungen
auf dem Gebiet der physiologischen Optik.
78. (2), S. 111: ADAM zitiert HOFMANN.
79. TSCHERMAK-SEYSENEGG, Armin von (1870-1952),
Physiologe, erfand 1927 den Kongruenzapparat für Schielende.
80. (2), S. 113. BIELSCHOWSKY, Alfred (1871-1940), Ophthalmolo-
ge.
81. (2), S. 116.
82. (2), S. 119.
83. (2), S. 118 f.
84. (2), S. 117.
85. (2), S. 120: ADAM schließt sich hier der Meinung
TSCHERMAKS und BIELSCHOWSKYS an.

86. (2), S. 116.
87. (11).
88. (11), S. 486.
89. (11), S. 487.
90. (11), S. 491 f.
91. (16).
92. (22).
93. (4). Das gleiche Thema, teilweise modifiziert, behandelte ADAM in weiteren Arbeiten: (3), (7), (6), (5), (14) und BAYER, H.: "Zur Therapie der Blennorrhöe mittels der Blennolenizetsalbe." Münch. med. Wschr. 57 (1910) S. 1010-1012.
94. Das Lenicet stellte kein trockenes gewöhnliches Aluminium aceticum pulverisatum dar, sondern ein sehr feines, weißes, schwer lösliches Pulver, das nicht durch mechanische Zerkleinerung gewonnen war. Es war vielmehr die natürliche chemische Form der Substanz, "was deshalb von Wichtigkeit ist, weil eine mechanische Zerkleinerung niemals die Pulverform garantiert" (6), S. 115.
95. (4), S. 2133.
96. (4), S. 2134.
97. (4), S. 2133.
98. (3).
99. Dagegen sollte das Argentum nitricum ursprünglich in diesem Schema "eine bakterientötende (Wirkung) in den Fällen, in denen die Gonokokken tiefer in das Epithel eingedrungen sind", entfalten. (4), S. 2133.
100. (7).

101. (4). Jetzt (7) sollte wieder nach ein bis drei Tagen auf die 5%ige Bleno-Lenicetsalbe übergegangen werden, die wieder drei- bis vierstündlich appliziert werden sollte. *Argentum nitricum* wurde wieder 1/2%ig empfohlen.
102. ADAM plante deswegen sogar, die Bleno-Lenicetsalbe auch bei *Ulcus serpens* zu versuchen, allerdings ohne große Hoffnungen, denn er sagte: "Vielleicht sind aber die widerstandsfähigeren Pneumokokken auch weniger leicht zu beeinflussen als die fragileren Gonokokken." (7), S. 560.
103. (6).
Für Erwachsene empfahl er hier erstmals, das gesunde Auge durch einen Uhrglas-Heftplasterverband zu schützen. Es sollte nun wieder erst nach drei bis vier Tagen auf die jetzt drei- bis fünfmal zu applizierende 5%ige Salbe übergegangen werden, wobei ADAM aber darauf hinwies, daß bei zu langem Gebrauch der hoch- (10-) prozentigen eventuelle Ulcera unregelmäßiger vernarbten. (6), S. 115.
104. Die Behandlung Neugeborener unterschied sich u. a. auch in der Dosierung etwas von der Erwachsener. Zuerst stündliche Behandlung. Dann Anwendung der 5%igen Salbe viermal täglich und zweimal nachts. Nach völligem Sistieren der Sekretion nur noch reine Euvaseline oder Borvaseline. *Argentum nitricum* nicht erwähnt. Behandlungsdauer zwei bis drei Wochen. Hornhautgeschwüre nur bei starker Progredienz kauterisieren, sonst lediglich mit Bleno-Lenicet behandeln. (6), S. 116 f.
105. (5).
106. (5), S. 193.
107. (4), (7).
108. BAYER, H.: "Zur Therapie der Blennorrhoe mittels der Blennolenizetsalbe."
Münch. med. Wschr. 57 (1910) S. 1010-1012.
Erwiderung durch ADAM (14).

109. BAYER, S. 1011: Hier handelte es sich um ein 4jähriges Mädchen, bei dem die Salbe nicht angeschlagen hatte. Es war nach 14 Tagen zu einer erheblichen Verschlechterung gekommen mit rapide sich vertiefenden Ulcera und anschließen der Perforation. Dichte, fast die ganzen Korneae einnehmend Leukome hatten das Sehvermögen fast ganz ausgelöscht.
110. BAYER, S. 1011 f.
111. (14).
112. Hierher gehört auch ADAMS Fall 13 (7), den er "der Liebenswürdigkeit des Herrn Sanitätsrat Dr. Cramer in Kottbus" verdankte und den auch BAYER zur Kenntnis genommen haben mußte, da er ADAMS Arbeit (7) zitiert. C. hatte ein 6jähriges Mädchen mit schwerer Conjunctivitis gonorrhoeica behandelt, das bereits bei der Aufnahme ein kleines Infiltrat der rechten Hornhaut gezeigt hatte. Behandlung mit viermal täglich 10%iger Bleno-Lenicetsalbe, einmal täglich 2 %igem Argentum, Spülungen mit Kalium hypermanganicum führte nach drei Tagen zu völligem Schwinden der Sekretion und Verwandlung des Infiltrats in eine spiegelnde Facette, so daß C. urteilte: "Bei der sonstigen Dauer solcher Erkrankungen unter dieser Behandlung (Argentum und Spülungen) unterliegt es aber keinem Zweifel, daß das Lenicet allein die wunderbare Heilung bewirkt hat."
113. (14), S. 1552.
114. Ebd.
115. Ebd.
116. Ebd.
117. (14), S. 1553.
118. (14), S. 1552, ausgeführt S. 1553.
Mit welchen Mißverständnissen ADAM zu rechnen hatte, zeigt seine folgende Anmerkung:

"Auf eine weitere Fehlerquelle bin ich durch eine Bemerkung von Peters in seinem neuesten Buche "Ueber die Erkrankungen des Auges im Kindesalter" aufmerksam gemacht worden. Peters schreibt: "Neuerdings wird gegen die Blennorrhoea neonatorum, die in Tuben aufbewahrte Bleno-Lenizetsalbe empfohlen. Die Manipulation des Einbringens durch Ausquetschen der Tube scheint mir nicht ganz gefahrlos etc.". Es ist mir natürlich nie eingefallen, etwas derartiges zu empfehlen. Ich würde es ebenfalls wie Peters für gefährvoll halten, die Tube in das Auge zu zwängen, um die Salbe zu applizieren." (14), S. 1553.

119. Ebd.

120. (39), S. 323.

121. (20). Außerdem werden ähnliche Themen behandelt in (25), (39) u. (38).

122. (25).

123. Dazu die Anmerkung der heutigen Lehrbuchmeinung über die Retinopathia angiospastica aus GASTEIGER, Hugo: Augenheilkunde. Leitfaden für Studium und Praxis. 2., neubearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin 1963, S. 153: "Die Fundusbefunde bei Nierenerkrankung wurden schon bald nach der Erfindung des Augenspiegels durch Hermann v. HELMHOLTZ (1850) als Retinitis albuminurica beschrieben. Heute wissen wir, daß nur jene Nierenerkrankungen zu Hintergrundveränderungen führen, die mit Blutdrucksteigerungen einhergehen und daß auch Blutdrucksteigerung ohne Nierenerkrankungen solche Augenbefunde hervorrufen. Es ist das Verdienst des Internisten Franz VOLHARD, die Bedeutung des Bluthochdruckes für den Augenbefund erkannt zu haben."

Ebd., S. 155: "Eine Sonderstellung nehmen die Hintergrundveränderungen bei Schwangerschafts-

nephritis ein. Während das klinische Bild dem der Retinitis angiospastica weitgehend gleicht, ist doch die prognostische Bedeutung des Fundusbefundes nicht so ungünstig. Nach Beendigung der Gravidität können sich die Fundusveränderungen zurückbilden. Die Sehstörungen verschwinden gleichzeitig mit dem Absinken des Blutdruckes. Bei längerem Fortbestehen der Gravidität treten aber irreparable Schäden, auch Erblindung ein. Falls daher die Retinopathie nicht erst in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft auftritt, ist die Unterbrechung der Gravidität unbedingt angezeigt. Der Entschluß dazu wird dadurch erleichtert, daß beim Fortbestand der Gravidität nicht nur mit einer Gefährdung des Sehens und Lebens der Mutter zu rechnen ist, sondern auch die Früchte häufig absterben oder nicht lebensfähig sind.

Es sei noch beigelegt, daß bei Eklampsie außer der Retinopathie auch eine Amaurose (Erblindung) bei normalem Hintergrundbefund vorkommt. Der Sitz dieser Störung ist zentral, die Prognose meist günstig; der Augenbefund gibt in diesen Fällen keine Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung ab."

124. In der Diskussion bemerkt SCHÄFFER hierzu (25), S. 629: "Der Herr Vortragende hat von der Indikation gesprochen, bei Albuminurie Abort einzuleiten, und hat gesagt: man brauche nicht in jedem Falle den Abort einzuleiten, wenn ein Kind lebhaft gewünscht wird. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, daß das keine Indikation ist. Die Indikation zur Einleitung des Aborts kann immer nur in dem Zustande der Mutter liegen, nicht aber in den Wünschen der Eltern, und ich glaube, gerade hier in unserer Gesellschaft dürfen wir derartiges nicht unbeantwortet durchlassen."

ADAM hatte aber nur auf eine Situation hingewiesen, in der

bei bestehender Indikation auf die Unterbrechung verzichtet werden sollte. Er hatte festgestellt, daß bei länger bestehender Neuro-Retinitis albuminurica eine Unterbrechung keine Besserung der Prognose für das spätere Sehvermögen bringe. Die Retinitis albuminurica galt aber ohne Einschränkung als Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung; ADAM schlug hier eine individuellere, eher engere Indikationsstellung vor.

125. (39).
126. (39), S. 291.
127. Ebd.
128. (39), S. 315.
129. Ebd.
130. (39), S. 316.
131. Dazu gehörten:
1. Sehstörungen während der Schwangerschaft.
 - a) Retinitis albuminurica (chron. Nephritis).
 - b) sonstige während der Schwangerschaft vorkommende Augenerkrankungen.

Pulsierender Exophthalmus, Netzhautblutungen (ohne Albuminurie), Sehnervenerkrankungen. (Tabische Atrophie).
Glaukom.
 2. Sehstörungen während der Geburt.

Durch schwere Blutverluste ... Sehnervenatrophie,
Blutung in die Orbita, Glaskörperblutungen.
 3. Sehstörungen während Wochenbett und Laktation.

Neuritis optica mit Ausgang in Heilung (bedingt Erblindung im Puerperium, ohne Albuminurie), retrobulbäre Neuritis (häufiger), Fortdauer der Retinitis albuminurica, Chorioretinitis, Embolie. Doppelseitige Keratomalazie (während des Puerperiums als Folge des Erschöpfungszustandes). Keratitis parenchymatosa, Chorioiditis

disseminata, Myopie.

Mit der Laktation im Zusammenhang gesehene leichte Schwachsichtigkeit bds. bis zur völligen Erblindung. Führt schließlich in Monaten zu leichter Atrophie des Sehnerven, doch bleibt die Sehschärfe in der Regel gut. Von untergeordneter Bedeutung sind hier Bindehaut-, Hornhaut-, Regenbogenhautentzündungen, gewisse Formen von Aderhautentzündung, Glaskörperblutung.
(39), S. 316-320.

132. Wie: Retinitis pigmentosa, Albinismus, Pigmententartung der Netzhaut, Glaukom, angeborene Amaurose durch Netzhautatrophie, erbliche Neuritis retrobulbaris, amaurotische familiäre Idiotie (Sachs), familiäre progressive Degeneration der Makulagegend, Mikrophthalmus und Anophthalmus.
(39), S. 321.
133. (39), S. 322.
134. (38).
135. Hierzu erläutert ADAM (38), S. 211: "Schließlich müssen wir davon überzeugt sein, daß wir durch die Unterbrechung der Schwangerschaft das Augenleiden günstig beeinflussen. Handelt es sich z.B. um heilbare Blindheit, so dürfen wir nicht deshalb unterbrechen, weil wir uns auf den Standpunkt stellen: Eine blinde Mutter kann ihr Kind nicht erziehen, sondern wir dürfen uns nur auf den rein ärztlichen Standpunkt stellen: Können wir durch Unterbrechung der Schwangerschaft das Augenleiden heilen oder bessern?"
Vgl. (38) entsprechenden Selbstbericht ADAMS, Med. Klin. 14 (1918) S. 148: "Es muß ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit bestehen, daß das Augenleiden durch die Unterbrechung der Schwangerschaft wirklich geheilt oder doch günstig beeinflusst wird. Liegt z.B. eine vollkommen unheilbare Erblindung vor, so darf die Unterbrechung etwa nicht deshalb empfohlen werden

weil eine blinde Mutter nicht imstande ist, ihr Kind in zweckmäßiger Weise zu erziehen. Nur wenn man hoffen darf, die Erblindung durch die Unterbrechung der Schwangerschaft zu bessern, ist diese erlaubt."

136. Bei der sog. Schwangerschaftsnierne jedoch nur, wenn die Sehstörungen während der Beobachtungszeit zunehmen.
137. (40).
138. (40), S. 72.
139. Zu (40): S. 76-78, Anmerkung der Redaktion.
140. (15), (88), (19), (77), (79).
141. (72), (74).
142. (15).
143. GRAEFE, Albrecht von (1828-1870), bedeutendster Ophthalmologe des 19. Jahrhunderts.
144. (19).
145. (77), (79).
146. (77), S. 150.
147. (88).
148. (58): Das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland, S. 394
149. (78), S. 18.
150. (78), S. 17 f.
151. (73), S. 5.
152. (80), S. 713.
153. (73), S. 6.
154. (44), S. 7.
155. (44), S. 7 f.
156. (78), S. 21.

157. (44), S. 16.
158. (73), S. 16.
159. (44), S. 16.
160. (73), S. 6 f.
161. (44), S. 104.
162. Ebd.
163. Ihm stand in früheren Jahren HOLST, seit 1917 HAYWARD zur Seite. (44), S. 106.
164. Ebd.
165. (44), S. 105.
166. (44), S. 105 f.
167. (58), S. 401 f.
168. STUDDT, Konrad von (1838-1921), von 1899 bis 1907 preußischer Staats- und Kultusminister.
169. LEUTHOLD, Rudolph von (1832-1905), Generalstabsarzt der Armee, Chef des Sanitätscorps und der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums sowie Direktor der Kaiser-Wilhelms-Akademie.
170. "Aus den Kreisen unserer Industriellen und Kapitalisten erstanden die großherzigen Männer und Frauen."
Ernst von BERGMANN: Festrede bei der Eröffnung des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen. Zschr. ärztl. Fortbild. 3 (1906) S. 129-131, S. 131.
Und die notwendige Summe von 1,5 Millionen Mark war schnell aufgebracht, (92), S. 768 und (73), S. 13.
171. Die weitere Finanzierung beschreibt § 2 und § 14 der Verfassung der Kaiserin Friedrich-Stiftung.
Vergl. die Finanzierung des Zentralkomitees für das ärztliche

Fortbildungswesen in Preußen. Sie war einfach, da seine Arbeit auf dem Prinzip der Unentgeltlichkeit nach beiden Seiten beruhte. Der Etat betrug zusammen mit dem Berliner Unterkomitee etwa 31 000 M. Einnahmequellen waren die Beiträge des preußischen Wohlfahrtsministeriums (vor dem Krieg 15 000 M, 1925/26 z.B. 8000 M), des Berliner Ärztebundes, der Ärztekammer Berlin-Brandenburg und des Verlegers der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Außer diesen für allgemeine Zwecke bestimmten Geldern standen dem Zentralkomitee nach dem Krieg noch Mittel für besondere Zwecke, wie spezielle Fortbildungskurse, zur Verfügung. Sie wurden jeweils zur Unterstützung der einzelnen lokalen Vereinigungen verwendet, die sich zur Durchführung dieser Kurse bereitfanden. (Kurse fanden vor allem auf dem Gebiet der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, der Kinderkrankheiten sowie der sozialen Medizin statt.) Diese Gelder stammten vorwiegend aus dem Reichsministerium des Innern, das sie dem Reichsausschuß zur Verteilung an die Landesausschüsse überwies. Ausnahmsweise erhielt das Zentralkomitee auch finanzielle Unterstützung durch die Landesversicherungsanstalten u. a. Stellen.

Die von den Berliner Hörern eingenommenen Einschreibegebühren, 2 M., gingen den Dozenten als Aufwandsentschädigung zu; in den Jahren vor 1925/26 betrug sie 50 M. pro Kurs.

Ausgaben des Zentralkomitees bestanden in Gehaltsanteilen für die Angestellten (die restlichen Anteile wurden durch die Kasse des Kaiserin Friedrich-Hauses, des Reichsausschusses u. a. gedeckt), den Bürounkosten, der Miete im Kaiserin Friedrich-Haus. Reiseentschädigung an Mitglieder des Zentralkomitees, Beiträge zum Reichsausschuß usw. (44), S. 8.

Vergl. die Finanzierung des Reichsausschusses.

Sein Etat belief sich auf nur 5000 bis 8000 M.

Einnahmequellen bildeten Beiträge des Reichsministeriums des Innern, des Deutschen Ärztevereinsbundes und Mitgliederbeiträge der einzelnen Landesausschüsse in Höhe von 35 M. pro 1 Million Einwohner des betreffenden Landes.

Ausgaben waren also Gehaltsanteile für die Angestellten, die gleichzeitig auch für das preußische Zentralkomitee und das Kaiserin Friedrich-Haus tätig waren. Miete für die Büroräume und Unterstützung an die Landesausschüsse; Unterhaltung des ärztlichen Rundfunks und Kosten für die gemeinsamen Berichte. (44), S. 17.

172. Die wichtigsten Bestimmungen der Verfassung der "Kaiserin Friedrich-Stiftung" hatten folgenden Wortlaut

(73), S. 9 f.:

"§ 1.

Die Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen bezweckt, die auf die wissenschaftliche Fortbildung der Ärzte gerichteten Bestrebungen, wie sie zur Zeit namentlich von dem "Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen" gepflegt werden, an ihrem Teile nach Kräften zu fördern und zu dem Behufe insbesondere ein eigenes Haus, das "Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen", als Mittel- und Stützpunkt jener Bestrebungen zu errichten und zu erhalten.

§ 2.

Abgesehen von dem Kaiserin Friedrich-Hause bestehen die Mittel der Stiftung aus

- a) dem nach Aufrichtung des Hauses etwa verbliebenen Überschuß des Stiftungskapitals,
- b) den laufenden Einnahmen der Stiftung,
- c) weiteren Zuwendungen Dritter,
- d) etwaigen Zuschüssen des Staates.

§ 3.

In dem Kaiserin Friedrich-Hause findet die "Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel" dauernde Aufnahme. Auch

sollen in ihm nach Maßgabe weiterer Vereinbarung für das "Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen" die erforderlichen Verwaltungsräume zur Verfügung gestellt werden. Die übrigen Räume sind zu Demonstrations- und Hörsälen, Bibliothek - und Sammlungszimmern, sowie zu sonstigen der ärztlichen Fortbildung dienenden Einrichtungen bestimmt.

§ 4.

Die Kaiserin Friedrich-Stiftung hat die Rechte einer rechtsfähigen Stiftung. Sie steht unter der unmittelbaren Aufsicht des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten und hat ihren Sitz in Berlin.

§ 5.

Die Kaiserin Friedrich-Stiftung wird durch ein Kuratorium geleitet, welches aus ordentlichen Mitgliedern und Ehrenmitgliedern besteht.

Die Mindestzahl der ordentlichen Mitglieder wird auf fünfzehn festgesetzt. Für die Begrenzung der Höchstzahl hat als Regel zu gelten, daß die Zahl der ordentlichen Mitglieder nicht mehr als das Doppelte der jeweilig zum Kuratorium gehörigen Donatoren betragen soll.

Die jeweilig lebenden Donatoren (vgl. § 14) sind als solche für ihre Lebenszeit ordentliche Mitglieder des Kuratoriums, sofern sie nicht ausdrücklich von der Mitgliedschaft Abstand nehmen. Ist eine juristische Person Donator, so hat sie für die Dauer von 30 Jahren das Recht, einen Vertreter als ordentliches Mitglied des Kuratoriums zu bestellen.

Außerdem sollen ersucht werden, als ordentliche Mitglieder abzuordnen:

1. der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten
ein Mitglied der Unterrichtsabteilung,
ein Mitglied der Medizinalabteilung;

2. das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen vier Mitglieder;
3. die Medizinische Fakultät der Königlichen Friedrich Wilhelms-Universität zu Berlin ein Mitglied.

§ 6.

Das Kuratorium wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden, den stellvertretenden Vorsitzenden, den Schatzmeister und den stellvertretenden Schatzmeister. Die Wahl erfolgt für die Dauer von 3 Jahren.

Die Obliegenheiten des Schriftführers versieht der geschäftsführende Sekretär (vgl. § 9).

§ 9.

Dem Kuratorium wird zur Unterstützung des Vorsitzenden bei der Verwaltung der Stiftung, insbesondere bei der Erledigung der laufenden Geschäfte, und zur Aufsicht über das Kaiserin Friedrich-Haus ein geschäftsführender Sekretär unterstellt, welcher Arzt sein muß und die Bezeichnung "Direktor des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen" führt. Seine Berufung erfolgt durch das Kuratorium, welches auch seine Obliegenheiten und seine Stellvertretung regelt.

§ 14.

Als Donatoren gelten solche Personen, welche 10 000 M. oder mehr an Geld oder Geldeswert für die Kaiserin Friedrich-Stiftung beigetragen haben oder in der Folge beitragen werden. Ihre Namen werden an geeigneter Stelle im Hause auf einer Gedenktafel eingetragen. "

173. Später in "Robert Koch-Platz" umbenannt, Nr. 7. (46), S. 222.
174. IHNE, Ernst von (1848-1917), Wirkl. Geh. Oberhofbaurat, Exzellenz, kaiserlicher Hofarchitekt.
175. (73), S. 13.
176. (73), S. 13 f.

177. (46), S. 222 f.

178. Die Auskunftsteil hatte den Zweck, "ortsansässigen und fremden Ärzten unentgeltlich die Möglichkeit zu bieten, schnell und sicher Auskunft zu erhalten über alle Angelegenheiten des ärztlichen Fortbildungswesens, über sämtliche Kurse im Deutschen Reich und über Fragen, die verwandte Gebiete, wie z.B. das ärztliche Prüfungswesen, soziale Medizin, hygienische Volksbelehrung" betrafen. (73), S. 27 f.

Das spätere Informationsbüro der Akademie für ärztliche Fortbildung kündigte an: "Es genügt aber, wenn der betreffende Hörer vom Ausland aus uns mitteilt, auf welchem Gebiete er sich fortbilden will, wie lange Zeit er zur Verfügung hat und wann er mit dem Kurs beginnen kann. Wir machen uns da das Propaganda-Wort der Kodak-Gesellschaft zu eigen: "Sie brauchen nur auf den Knopf zu drücken, alles andere besorgen wir", so daß, wenn der betreffende Hörer nach Berlin oder sonstwie nach Deutschland kommt, er sofort ohne Zeitverlust mit seinem Kurs beginnen kann"; denn die Privatkurse in fremder Sprache bedurften eingehender Vorbereitung.

(84): Fortbildungsmöglichkeiten für Ausländer in Deutschland, S. 328 f.

Ebenfalls über die Vermittlung von Sonderkursen berichtet dieser Absatz (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1937), S. 14:

"Die Kurse finden auf Wunsch der Hörer in beliebiger Dauer statt (1 bis 4 Wochen). Wollen Sie bitte der Geschäftsstelle der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7, Ihre Wünsche hinsichtlich des Themas, der Dauer des Kurses und des voraussichtlichen Anfanges mitteilen, die Geschäftsstelle wird alles Notwendige vorbereiten, daß Sie im Augenblick Ihres Eintreffens in Berlin mit dem Kurs beginnen können.

Ein Programm, das nur einen ungefähren Anhalt für diese Kurse gibt, kann von der Geschäftsstelle der Berliner Akademie angefordert werden, doch gibt dieses Programm nur einen kleinen Ausschnitt aus den Fortbildungsmöglichkeiten, da, wie gesagt, alle Wünsche berücksichtigt werden können." Diese Ankündigung galt nicht der Fortbildung praktischer Ärzte, sondern vor allem ausländischer Spezialärzte.

179. (73), S. 16, vgl. statt "Zentralkomitee" "Gesellschaft"
(84), S. 330.
180. (73), S. 15.
181. (73), S. 28.
182. Ebd.
183. LASSAR, Oskar (1849-1907), Dermatologe.
(73), S. 29.
184. (73), S. 29 u. (45), S. 189.
185. TOBOLD, Adalbert (1827-1907), Laryngologe, Rhinologe und Pulmologe. Er bereicherte die Anschauungs- und Unterrichtsmethode durch vorzügliche Nachbildungen krankhafter Zustände des Kehlkopfes.
(73), S. 29.
186. (73), S. 28.
187. (73), S. 17.
188. (45), S. 189.
189. (73), S. 14 und S. 27-29.
190. (58), S. 396 f.
191. (58), S. 397 f.
192. (58), S. 398.
193. (58), S. 398, vgl. (43), (44), (45), (46).
194. (58), S. 399.

195. (58), S. 395 f.
196. (44), S. 10.
197. (58), S. 399.
198. "Wenngleich ihr Arbeitsgebiet auf einem etwas anderen Felde liegt als dem des Zentralkomitees, so glaubte sie sich doch durch Gründung des Zentralkomitees in ihren Interessen zunächst geschädigt. Die Folge waren jahrelange Streitigkeiten, die auch noch durch persönliche Animositäten unter den leitenden Persönlichkeiten genährt wurden. Hierin ist in den letzten Jahren ein erfreulicher Umschwung eingetreten. Die Dozentenvereinigung arbeitet mit dem Berliner Unterkomitee des Zentralkomitees in der angenehmsten und ersprießlichsten Weise zusammen." (44), S. 10.
199. "Die in den Monaten März und Oktober stattfindenden großen Veranstaltungen werden von beiden Organisationen gemeinsam vorbereitet. In erfreulicher und dankenswerter Weise hat sich in letzter Zeit auch die Medizinische Fakultät hieran beteiligt, so daß die 3 großen medizinischen Fortbildungszentren jetzt harmonisch Hand in Hand miteinander arbeiten." (44), S. 10.
200. (58), S. 403.
201. (44), S. 10.
202. (44), S. 11.
203. (58), S. 399.
204. (43), S. 6.
205. (44), S. 11.
206. (58), S. 399 f.
207. (58), S. 400 f.
208. Sie waren auch im Hinblick auf das im Jahre 1901 eingeführte Medizinalpraktikantenjahr entstanden.

- R. KUTNER: Zur Eröffnung der Akademie in Cöln.
Zschr. ärztl.Fortbild. 1 (1904) S. 539-543, S. 540 f.
209. Einrichtung, "die leider wieder im Orkus verschwunden ist",
heißt es im Jahresbericht (44), S. 12.
210. R.KUTNER: Die Akademie für praktische Medizin in
Düsseldorf. Zschr. ärztl.Fortbild. 4 (1907), S. 506-510,
S. 506.
(44), S. 12.
211. (45), S. 8.
212. (84), S. 64 f.
213. (44), S. 12.
214. (44), S. 12 f. und (58), S. 402.
215. (44), S. 13.
216. Ebd.
217. Ebd.
218. Ebd.
219. (44), S. 55.
220. Ebd.
221. (44), S. 13.
222. (78), S. 21 und (80), S. 713.
Vgl. Graphische "Übersicht über die Ausdehnung des ärzt-
lichen Fortbildungswesens in Preußen". (43), S. 4.
223. (58), S. 401.
224. (44), S. 8.
225. (73), S. 13.
226. (31).
227. (73), S. 18.
228. SCHJERNING, Otto von (1853-1921), seit 1889 in der Medizi-

nalabteilung des Kriegsministeriums, während des Weltkrieges
1914-1918 Chef des deutschen Feldsanitätswesens.

229. (73), S. 19.
230. Ebd.
231. Ebd.
232. (73), S. 19 f.
233. (73), S. 20.
234. Ebd.
Vgl. das Hauptwerk Andreas VESALS: De corporis humani
fabrica.
235. (73), S. 22 und spätere Kurse (45), S. 12 f.
236. Impfkurse, erstmals 1928/30 erwähnt, (45), S. 12 und S. 14.
237. Unfallverhütungskurse, erstmals 1930/32 erwähnt, (46), S. 9 f.
238. Gaskurse, erstmals 1930/32 erwähnt, (46), S. 10.
239. Kurse über Krebs, erstmals 1930/32, (46), S. 10.
240. (73), S. 20.
241. (92), S. 768.
242. (42), S. 324.
243. Nachfolger wurde auf der Jahresversammlung am 16.12.1919
Generalkonsul Franz v. MENDELSSOHN.
(73), S. 22.
244. (73), S. 22.
245. (92), S. 768.
246. (73), S. 22 f.
247. Er wird noch heute von dem Berliner Rechtsanwalt
Rudolf BRUNSLow verwaltet (105).
248. (73), S. 23.
249. Reichsausschuß für Krebsbekämpfung. Vgl. das Deutsche

Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebs-
krankheit. (60), S. 24.

250. (73), S. 24 f.

251. (73), S. 25.

252. z.B. (58), S. 395 f. und (30), S. 713.

253. (78), S. 21.

254. (73), S. 26.

255. (46), S. 6.

256. (73), S. 26 und (78), S. 21.

257. (78), S. 21.

258. (45), S. 6 f. und (73), S. 26.

259. (78), S. 21 und (46), S. 6.

260. (46), S. 5 und S. 6.

261. (45), S. 5.

262. (46), S. 6.

263. (78), S. 22.

264. GROTE: KVD und ärztliche Fortbildung.
Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 11-13, S. 11.

265. CONTI, L.: Tätigkeitsbericht der Berliner Akademie für
ärztliche Fortbildung für die Zeit vom Januar 1934 bis zum
Juli 1938. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1938)
S. 6-8, S. 6.

266. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1938) S. 6.

267. Ebd.

Im Jahr 1935 war dagegen noch angekündigt worden: "Die
Akademie will dem praktischen Arzt Gelegenheit geben, seine
Kenntnisse und sein Können auf allen Gebieten der Medizin
dem neuesten Stande der Wissenschaft anzugleichen."

KLEIN: Was will die Berliner Akademie.

(74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 5.

Und 1938 hieß es außerdem im Vorwort von CONTI:

"Gegründet zur Erweiterung und Vertiefung des Fachwissens der deutschen Ärzteschaft ...".

(74): Führer durch das medizinische Berlin (1938) S. 5.

268. So hieß es 1935 im Vorwort von LIPPERT.

(74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 3 f.

Im folgenden Jahr hieß es an entsprechender Stelle:

"... das gesamte ärztliche Fortbildungswesen Berlins ..."

(74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936)
S. 5 f.

Und im Jahr 1937: "Das gesamte ärztliche Fortbildungswesen in Berlin, abgesehen von der Pflichtfortbildung, ist zusammengefaßt in der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung."

(74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1937)
S. 13.

Der allmähliche Wandel des Bereiches der Akademie ist deutlich.

269. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1938) S. 8.

Der gleichen Einstellung gegenüber dem bis 1933 auf dem Gebiet des Fortbildungswesens Erreichten entsprach eine Passage im Vorwort von CONTI: "Die Eingliederung der Berliner Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen (!) in die Einrichtungen, die der Reichsärztführer für die Aus- und Fortbildung der deutschen Ärzteschaft bestimmt hat, bedeutet in diesem Zusammenhange eine Anerkennung der bisher geleisteten Arbeit von berufener Seite."

(74): Führer durch das medizinische Berlin (1938) S. 5.

270. BLOME, (Kurt): Organisation und Wesen der deutschen ärztlichen Fortbildung.

In (84), S. 57-67, S. 58.

271. Z.B. war hier das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen vertreten, außerdem das preußische und das Reichsinnenministerium, das Kultusministerium, die Stadt Berlin, die Medizinische Fakultät, die Ärzteschaft und die karitativen Krankenhäuser.
272. Z.B. ADAM als Vertreter für das Fach Augenheilkunde.
273. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1938) S. 6 f. und S. 15 und (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr(1936) S. 15.
274. (75), S. 485.
275. Der Fortbildungsleiter für jedes Fortbildungs Krankenhaus stand in Verbindung mit einem Obmann, der jeweils aus den Teilnehmern des betreffenden Kurses bestimmt wurde.
BLOME, (Kurt): Organisation und Wesen der deutschen ärztlichen Fortbildung.
In: (84), S. 57-67, S. 61.
276. BLOME, (Kurt): Die Neuordnung der ärztlichen Fortbildung. Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 2-11, S. 11.
277. BLOME betont aber, daß die Durchführung jeglicher Fortbildungsveranstaltungen eine ausschließliche Angelegenheit des Ärztstandes selber sei. "Denn nur die Ärzteführung kann die Gewähr dafür übernehmen, daß solche Veranstaltungen auch wirklich dem Hochstand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung entsprechen. Wenn früher, z.B. von Bade- oder Kurverwaltungen unter Beteiligung von bestimmten interessierten Ärzten ärztliche Fortbildungskurse, die teilweise sogar internationalen Charakter hatten, aufgezogen wurden, so ist dies nunmehr seit der Einführung der zentralen Steuerung vorbei." (84), S. 64.
278. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1939).
279. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr(1936) S. 12, (1938) S. 12, (1939) S. 9 f.

80. BLOME in (84), S. 64.
Akademien für ärztliche Fortbildung waren geplant in Berlin, Dresden, Hamburg und München.
(84), S. 64 f.
1939 werden bestehende erwähnt in Berlin, Dresden und Wien.
(74): Führer durch das medizinische Berlin (1939) S. 10.
1941 in Berlin, Dresden, Hamburg und Wien.
PÜTZ, (Franz), Zschr. ärztl. Fortbild. 38 (1941) S. 113.
281. BLOME in (84), S. 64.
282. Zusammengestellt aus: (74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 5 und S. 93; Frühjahr (1936) S. 7 und S. 12 f.; (1938) S. 6-8 und S. 12 f.; (1939) S. 9 f. und S. 13 f.
283. (74).
Jgg. (1938) und (1939) wurden im Auftrage der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung herausgegeben von ADAM, Jg. (1941) von PÜTZ.
284. Zu entnehmen aus den Jgg. (1936) - (1939):
(1936) S. 11, (1938) S. 11 und (1939) S. 9.
285. (92), S. 768 und vgl. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) S. 11.
Am 1. April 1936 wurde die Reichsärztekammer errichtet.
BLOME in (84), S. 58.
286. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 92 f.
287. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) S. 13
288. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 95.
289. LOWIN war pensioniert worden.
290. (92), S. 768 f.
291. Seit 1936 BLOME. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) S. 11.

292. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) S. 13.
293. (74): Führer durch das medizinische Berlin (1935) S. 92 f.
294. (92), S. 769.
295. (80), S. 715.
296. (92), S. 769.
297. GROTE: KVD und ärztliche Fortbildung.
Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 11-13, S. 13.
298. PÜTZ, (Franz): Eindrücke über die bisherige Pflichtfortbildung.
Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 13-17, S. 15.
299. "Deutsche Ärzte sind diejenigen, die gemäß § 5 der ersten Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 14. November 1935 nicht als Juden gelten."
(74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936) S. 12.
300. Fachärzte konnten sich vorläufig vor und nach ihren Pflichtfortbildungskursen durch Vorträge in ihren Spezialfächern und in besonders interessanten Grenzgebieten fortbilden. Empfohlen wurden auch "außerdeutsche internationale Kurse" in Spezialfächern.
BLOME in (84), S. 65.
301. Der Arzt wurde für diese Zeit, gewöhnlich in einem der Monate April bis November, und zwar vom 10. bis Ende des Monats, in einem größeren Fortbildungs Krankenhaus oder besonderen Ärzteheim - fern von seiner Praxis und Familie - untergebracht, so daß er sich ganz der Fortbildung widmen konnte. Höchstzahl der Kursteilnehmer war 20.
Die Fortzubildenden übernahmen in dem ihnen zugewiesenen Krankenhaus eine Reihe von Patienten, deren Diagnose und Heilplan sie unter Aufsicht des Chef- oder Oberarztes zu

besorgen hatten. Bei den Visiten sollte der Stand der Wissenschaft der betreffenden Krankheiten herausgearbeitet werden. Neue Laboratoriums-Untersuchungsmethoden wurden erlernt. Der Vormittag war für den klinischen Betrieb reserviert, an 3 Nachmittagen der Woche fanden seminaristische Übungen statt, so daß neben dem hauptsächlich die Innere Medizin betreffenden Programm auch andere Gebiete zur Sprache kamen. Außerdem sollten für interessierte Ärzte Möglichkeiten zur Fortbildung in der Geburtshilfe geschaffen werden.

BLOME in (84), S. 60 und 62 und (75), S. 485 f.

Auch die finanzielle Seite war gelöst: Für gegenseitige Vertretung sorgte eine Vermittlungsstelle in BLOMES Geschäftsbereich. Dozentenhonoreare gab es nicht. Kleinstadtärzte hatten zwar pro Kurstag 2, 50 zu entrichten, alle Kassenärzte erhielten aber die schon früher erprobte geldliche Unterstützung. Und bedürftigen Ärzten wurden alle Kosten erstattet, z.B. solchen aus Notstandsgebieten oder besonders kinderreichen. BLOME in (84), S. 62 f.

302. Großstadtärzte entrichteten 70, -- M pro Kurs.

BLOME in (84), S. 62.

303. BLOME in (84), S. 60 f.

304. Ders. in (84), S. 63.

305. Vorher Gerhard Wagner-Krankenhaus.

BRAUCHLE leitete die naturheilkundliche, GROTE die schulmedizinische Abteilung.

306. BLOME in (84), S. 63.

307. Ders. in (84), S. 66 f.

308. Kommentarlos entnommen aus BLOME: Die Neuordnung der ärztlichen Fortbildung.

Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 2-11, S. 7 ff.

Vgl. dazu GROTE: "... Die Ausbildung im Hörsaal und in Instituten macht uns zum Mediziner,

aber noch lange nicht zum Arzt. Ärzte sind wir erst dann, wenn wir innerlich mit den uns anvertrauten Menschen verbunden sind, wenn wir mit ihnen fühlen und in den Volksgenossen Angehörige unserer großen deutschen Familie sehen, um deren Erhaltung und Wiedergesundung wir kämpfen müssen. Darum soll der Arzt dazu angehalten werden, einen Teil der Vorbereitungszeit innerhalb eines Gemeinschaftslebens zu verbringen, das einen kameradschaftlichen Sinn lehrt und ihn auf die innere Verbundenheit einstellt, die zur Ausübung seines verantwortungsvollen Berufes unerlässlich ist.

Diesem Zwecke dient das ärztliche Schulungslager in Alt-Rehse. Es ist für die KVD eine Selbstverständlichkeit, daß sie freudig nach den Schulungsmöglichkeiten in Alt-Rehse greift und sich an dieser mustergültigen Einrichtung der deutschen Ärzteschaft beteiligte und weiter beteiligen wird."

GROTE: KVD und ärztliche Fortbildung.

Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 11-13, S. 12.

309. ROHDE, R.

Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 26.

Vgl. ohne Verfasser: Fortbildungsleiter und Teilnehmer haben das Wort.

Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 25 u. 26.

310. Vgl. Fortbildungskurs im Kaiserin Friedrich-Haus über "Die natürliche Heilweise im Rahmen der Gesamtmedizin". (83).

311. BLOME: Die Neuordnung der ärztlichen Fortbildung.

Dtsch. Ärztebl. 66 (1936) S. 2-11, S. 10.

312. Ebd.

313. (67), S. 264.

314. (58), S. 393-404, S. 402.

315. (58), S. 403.

- 316. (58), S. 393-404, S. 403 und (84), S. 326-330, S. 328.
- 317. (58), S. 403.
- 318. Ebd.
- 319. (84), S. 327.
- 320. (84), S. 328.
- 321. (84), S. 340 f.
- 322. (84), S. 329.
- 323. Ebd.
- 324. BLOME in (84), S. 64.
- 325. (46), S. 7.
- 326. (84), S. 326.
- 327. (46), S. 223.
- 328. Ebd.
- 329. (74): Führer durch das medizinische Berlin, Frühjahr (1936)
S. 8; (84), S. 328; (84), S. 329.
- 330. (84), S. 329.
- 331. (84), S. 327.
- 332. (84), S. 329.
- 333. (84), S. 327.
- 334. (84), S. 329.
- 335. Ebd.
- 336. (84), S. 330.
- 337. (84), S. 329.
- 338. Ebd.
- 339. (84).
- 340. (87). Darin BLOME: Ziele und Aufgaben der Internationalen
Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen.
(87), S. 65-69, S. 67.
- 341. HOMAN: Rede. (87), S. 51 f., S. 52.
- 342. (84), S. XV.
- 343. (84), S. XXI. (Ägypten, Argentinien, Belgien, Bolivien,
Brasilien, Bulgarien, Canada, Chile, China, Columbien,
Dänemark, Deutschland, Ecuador, Estland, Finnland,

Frankreich, Griechenland, Groß-Britannien, Guatemala, Indien, Irak, Italien, Japan, Jugoslawien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Mexiko, Niederlande, Norwegen, Österreich, Palästina, Peru, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Spanien, Südafrikanische Union, Tschechoslowakei, Türkei, Ungarn, Vereinigte Staaten von Nordamerika.
Vgl. (87), S. V u. XIII und S. 2 und (86), S. 328.

344. (84), S. XX.

345. (86), S. 328.

346. Ebd.

347. (87), S. 67.

348. (84), S. XL.

349. (84), S. 340f. u. (87), S. 20.

350. (84), S. XL und (87), S. 68.

351. Verfassung der Internationalen Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen (87), S. 314-316:

"§ 1. Aufgaben der Akademie.

Die Akademie dient dem hohen Ziele, durch Fortbildung der Ärzte und durch Aufklärung der mit ihnen auf dem Gebiete der Gesundheitspflege zusammenarbeitenden Behörden und Einrichtungen den Völkern der Welt die immer fortschreitenden Erkenntnisse von wissenschaftlicher Forschung und ärztlicher Erfahrung zunutze zu machen. Dieses Ziel sucht sie mit allen zweckentsprechenden Mitteln zu fördern, z.B. durch Austausch von Lehrenden und Lernenden, durch Studienreisen und Literaturaustausch usw. Ihre hauptsächlichsten Arbeitsgebiete sind

1. die Veranstaltung des alle 4 Jahre stattfindenden Großen Internationalen Kongresses für das ärztliche Fortbildungswesen,
2. Veranstaltung von internationalen Fortbildungskursen auf Sondergebieten und Einzelfächern der ärztlichen Fortbildung im Namen der Internationalen Akademie.

§ 2. Sitz der Akademie ist Berlin.

§ 3. Gliederung.

Die Erfüllung der ersten Hauptaufgabe wird sichergestellt

durch das "Internationale Komitee für das ärztliche Fortbildungswesen" als besonderem Organ der Akademie (§ 4).

Die zweite Hauptaufgabe erfolgt durch den Wissenschaftlichen Senat (§ 5). Das Internationale Komitee mit dem Wissenschaftlichen Senat und dem Präsidium (§ 6) bilden das Große Konzilium.

§ 4. Das Internationale Komitee.

Dieses setzt sich aus den Delegierten der beteiligten Länder zusammen. Jedes Land entsendet, sei es durch die Regierung des betreffenden Landes, sei es durch zentrale Ärzteorganisationen, sei es durch medizinische Fakultäten, durch medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften oder durch besondere Fortbildungsorganisationen, 2 bis 5 Delegierte in das Internationale Komitee. Jedes Land hat bei den Abstimmungen in dem Konzilium jedoch nur eine Stimme.

§ 5. Der Wissenschaftliche Senat.

Dieser ist eingeteilt nach Fachgruppen entsprechend den Sondergebieten der ärztlichen Fortbildung. Die Zahl dieser Fachgruppen wird durch das Präsidium bestimmt. Das Präsidium nimmt Vorschläge zur Gründung neuer Fachgruppen entgegen. Die Fachgruppen werden geleitet von je einem Präsidenten, dem ein Rat von 4 Mitgliedern beigegeben ist. Der Präsident und die Ratsmitglieder werden vom Präsidium nach Anhören der Länderdelegationen gewählt. Die Ratsmitglieder müssen verschiedenen Ländern angehören. Sämtliche Fortbildungskurse, die im Namen der Internationalen Akademie abgehalten werden, bedürfen der Genehmigung des Präsidiums.

§ 6. Das Präsidium.

Das Präsidium setzt sich zusammen aus dem Präsidenten, der den Titel Rektor führt,

5 Vizepräsidenten

und den Mitgliedern des Ständigen Büros.

Der Präsident und die 5 Vizepräsidenten haben eine Amts-

dauer von 4 Jahren und werden von dem Konzil gewählt.

Sie müssen verschiedenen Ländern angehören.

Der Rektor repräsentiert die Akademie und leitet die Sitzungen ihrer Organe. Sein Stellvertreter ist der Präsident des Ständigen Büros. Abstimmungen im Präsidium können schriftlich vorgenommen werden. Das Präsidium hat die Aufgabe, Ausführungsbestimmungen zur Verfassung und eine Geschäftsordnung festzulegen.

§ 7. Das Ständige Büro.

Das Ständige Büro ist für die allgemeine Geschäftsführung verantwortlich. Es setzt sich zusammen aus dem Präsidenten des Büros, dem Generalsekretär und dem Schatzmeister, die ihren Wohnsitz in dem Lande des Sitzes der Akademie haben müssen. Ihre Namen werden vorgeschlagen von dem Präsidenten und den 5 Vizepräsidenten der Akademie, und ihre Ernennung muß durch das Konzilium bestätigt werden. Sie werden das erstemal auf eine Dauer von 5 Jahren ernannt, späterhin von 4 Jahren.

§ 8. Das Konzilium.

Am Konzilium nehmen teil: Das Präsidium, die Delegierten des Internationalen Komitees, die Präsidenten und die Ratsmitglieder des Wissenschaftlichen Senates. Abstimmungsberechtigt sind jedoch nur die Mitglieder des Präsidiums, je ein Vertreter der Länderdelegationen und die Präsidenten der Fachgruppe des Wissenschaftlichen Senates. Die Versammlung des Konziliums wird zugleich mit dem Großen Internationalen Kongreß alle 4 Jahre abgehalten. Das Konzilium nimmt den Rechenschaftsbericht entgegen, stellt den Etat auf und bestimmt in großen Linien die Geschäftsführung. Sie bestimmt den Tagungsort des nächsten internationalen Kongresses und hat das Recht, Änderungen der Verfassung vorzunehmen und eventuell die Akademie aufzulösen.

§ 9. Ehrenmitglieder und Ehrensensatoren.

Das Präsidium kann solche Persönlichkeiten, die sich um die wissenschaftliche Forschung und ärztliche Fortbildung hervor-

ragend verdient gemacht haben, zu Ehrenmitgliedern bzw. Ehrensensatoren der Akademie ernennen.

§ 10. Abstimmungen.

Die Abstimmungen geschehen mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Präsidenten. Nur bei seiner Wahl entscheidet bei Stimmengleichheit das Los. Für eine Verfassungsänderung ist eine Dreiviertelmajorität der Anwesenden erforderlich. Anträge auf Verfassungsänderung müssen ein halbes Jahr vor dem Zusammentritt des Konziliums schriftlich dem Präsidium eingereicht werden und bedürfen der Unterschrift von mindestens einem Drittel der Stimmberechtigten.

§ 11. Auflösung.

Zur Auflösung der Akademie ist die Anwesenheit von drei Viertel aller stimmberechtigten Konziliumsmitglieder erforderlich, und von diesen müssen wenigstens drei Viertel für die Auflösung stimmen. Finden sich nicht drei Viertel der Mitglieder zu der Sitzung zusammen, so ist die nächste, wenigstens 3 Monate später einzuberufende Sitzung, ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen, entscheidend, sofern in der Einladung zu dieser Sitzung besonders darauf aufmerksam gemacht worden ist. Der Antrag auf Auflösung unterliegt denselben Bestimmungen wie der auf Verfassungsänderung (§ 10). Im Falle der Auflösung wird das Vermögen der Akademie dem Internationalen Roten Kreuz überwiesen.

§ 12. Finanzen.

Sämtliche Mitglieder der Akademie einschließlich des Ständigen Büros führen ihre Ämter ehrenamtlich. Die Ausgaben des Büros sollen durch freiwillige Beiträge gedeckt werden. Der Schatzmeister hat den Auftrag, sich mit den Länderdelegationen in Verbindung zu setzen, welche Mitglieder der Akademie sind."

353. (87), S. 1.
354. (86), S. 328 und (87), S. 17, S. 18 f., S. 67 f. u. S. 69.
355. (86), S. 328 und (87), S. 68.
356. (87), S. 18 u. S. 19. Zitat S. 19.
357. Finanzierung: (87), S. 20, S. 68 und S. 316 (§ 12 der Verfassung).
358. (87), S. 18.
359. Wortlaut des Telegrammwechsels (84), S. XLIV:
"An den Führer und Reichskanzler.
Die in Berlin versammelten Teilnehmer des Dritten Internationalen Kongresses für das ärztliche Fortbildungswesen aus 36 Staaten entbieten dem Führer und Reichskanzler ehrerbietige Grüße.

An den Stellvertreter des Führers, Reichsminister Rudolf Heß.
Die Teilnehmer des Dritten Internationalen Kongresses für das ärztliche Fortbildungswesen, die aus 36 Staaten nach Berlin gekommen sind, senden Ihnen ihre Grüße.

Die Antworteten lauteten:
Den in- und ausländischen Teilnehmern des Dritten Internationalen Fortbildungskongresses danke ich für die Grüße, die ich herzlich erwidere. Adolf Hitler.

Die mir von den Teilnehmern des Dritten Internationalen Kongresses für das ärztliche Fortbildungswesen übersandten Grüße erwidere ich herzlich und wünsche dem Kongreß vollen Erfolg seiner Arbeit. Rudolf Heß."
360. (87), S. 52.
361. (84), S. 69.
362. (64), S. 69 — 78.
363. (64), S. 69.
364. (66).
365. (66), S. 63.

366. Jakob Laurenz SONDEREGGER (1825-1896), Schweizer Arzt, Vorkämpfer hygienischer Volksbelehrung, Volksgesundheitslehrer.
367. SONDEREGGER, zitiert nach (66), S. 62.
368. SONDEREGGER, zitiert nach (66), S. 59.
369. SONDEREGGER, zitiert nach (66), S. 64.
370. (64), S. 69 f.
371. (64), S. 70.
372. (64), S. 71.
373. (64), S. 71 f.
374. (64), S. 72.
375. (64), S. 72 f.
376. (64), S. 73.
377. (64), S. 78.
378. (64), S. 73.
379. (64), S. 74.
380. Ebd.
381. (64), S. 75.
382. (64), S. 75 f.
383. (66), S. 64.
384. (64), S. 76.
385. Ebd.
386. Ebd.
387. (64), S. 77.
388. (64), S. 78.
389. (99), S. 338.
390. (99), S. 338 u. (52) :6 (1931) S. 164.
391. Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung E. V. hatte folgende Satzung, abgedruckt als Anlage 1 in (57), S. 109-112 u. (59), S. 215-220:
- " § 1.
- Der Verein führt den Namen Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung und hat seinen Sitz in Berlin, Amtsgericht Mitte. Er soll in das Vereinsregister eingetragen werden.
- .

Das Geschäftsjahr entspricht dem Rechnungsjahr des Reiches (1. April bis 31. März).

§ 2.

Der Verein dient der Zusammenfassung und Förderung der im Deutschen Reiche vorhandenen gemeinnützigen Einrichtungen und Bestrebungen, die sich der gesundheitlichen Durchbildung der Bevölkerung auf wissenschaftlicher Grundlage widmen. Er verfolgt keinerlei Erwerbszwecke. Er soll im besonderen:

1. die Zentralstelle für die in den einzelnen Ländern vorhandenen Landesausschüsse sein.

Dabei ist die eigentliche praktische Aufklärungsarbeit von den Landesausschüssen zu leisten, während der Reichsausschuß durch Herbeiführung gemeinsamer Aussprachen, durch Anregungen, Mitteilungen, Herausgabe von Tätigkeitsberichten, Vermittlung von Lehrmitteln, Gründung neuer Landesausschüsse usw. für eine möglichst umfassende und planmäßige Durchführung der hygienischen Belehrung im Deutschen Reiche zu sorgen hat;

2. mit verwandten Zentralorganisationen im Reiche zu gemeinsamer planmäßiger Tätigkeit in Verbindung treten;

3. enge Beziehungen zu den Behörden und zu den gesetzgebenden Körperschaften im Reiche unterhalten, um ihr Interesse und ihre wirksame Unterstützung für die dem Verein obliegenden Aufgaben zu gewinnen;

4. in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Hygiene-Museum und der Lingner-Stiftung für eine vorbildliche Ausgestaltung der Methoden hygienischer Aufklärungsarbeit und der dazu nötigen Lehr- und Anschauungsmittel sorgen.

§ 3.

Die Organe des Vereins sind:

1. das Präsidium (§ 4),

2. der Vorsitzende des Präsidiums (der Vorstand, § 5),

3. der Verwaltungsrat (§ 6),

4. die Mitgliederversammlung (§§ 8 ff.).

§ 4.

Das Präsidium besteht aus:

1. einem ärztlichen Vertreter des Reichsministeriums des Innern,

2. einem Vertreter des Reichsgesundheitsamtes,

3. einem Vertreter des Preußischen Landesausschusses,

4. einem Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der sozialhygienischen Reichsfachverbände,

5. einem Vertreter des Deutschen Ärztevereinsbundes,

6. einem Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums,

7. einem ärztlichen Geschäftsführer, der von dem Verwaltungsrat auf drei Jahre gewählt wird,

8. bis zu drei jeweils auf zwei Jahre vom Präsidium hinzuzuwählende Mitgliedern.

Die Bestellung der Mitglieder zu Absatz 1 bis 6 erfolgt durch die zu 1 bis 6 genannten Behörden und Vereinigungen.

Dem Präsidium obliegt die Geschäftsführung, soweit diese nicht dem Vorsitzenden (dem Vorstand, § 5) allein zusteht. Es wählt aus seiner Mitte den Vorsitzenden (den Vorstand) auf drei Jahre mit einfacher Mehrheit aller Stimmen und versieht ihn mit Weisung für die Führung der Vorstandsgeschäfte. Es verteilt die sonstigen Ämter unter sich; jedoch ist das Amt des stellvertretenden Vorsitzenden dem Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums vorbehalten. Bei seiner Geschäftsführung ist das Präsidium an die Beschlüsse des Verwaltungsrates und der Mitgliederversammlung gebunden.

§ 5.

Der Vorsitzende des Präsidiums ist Vorstand im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches. Er vertritt den Verein gerichtlich und außergerichtlich nach den Weisungen des Präsidiums. Ihm liegt die Leitung der Sitzungen des Präsidiums, des Verwaltungsrats und der Mitgliederversammlung ob. Er ist berechtigt, sowohl zur Führung der Vorstandsgeschäfte überhaupt als auch für einzelne Rechtsgeschäfte Bevollmächtigte zu bestellen.

§ 6.

Der Verwaltungsrat besteht aus:

1. den Mitgliedern des Präsidiums einschließlich dessen Vorsitzenden,
2. je einem Vertreter der sozialhygienischen Reichsfachverbände,
3. einem Vertreter der Lingner-Stiftung,
4. drei auf zwei Jahre von der Mitgliederversammlung zu bestimmenden Vertretern von Landesausschüssen,
5. zwei auf zwei Jahre vom Preussischen Landesausschuß zu benennenden Vertretern von Preussischen Provinzialausschüssen,
6. zwei weiteren von der Mitgliederversammlung aus ihrer Mitte auf zwei Jahre zu wählenden Mitgliedern und
7. bis zu zehn auf jeweils zwei Jahre vom Verwaltungsrat hinzuzuwählenden Personen, unter denen sich ein Vertreter der Presse befinden muß.

Der Verwaltungsrat wird nach Bedarf von dem Vorstand einberufen. Er hat Fragen grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden, soweit solche nicht der Mitgliederversammlung vorbehalten sind.

§ 7.

Das Präsidium und der Verwaltungsrat haben das Recht, zur Erledigung besonderer Aufgaben Ausschüsse zu bilden sowie Sachverständige mit beratender Stimme zu ihren Sitzungen zuzuziehen.

§ 8.

Mitglieder des Vereins sind:

1. Vertreter der angeschlossenen Landesausschüsse, wobei jeder Landesausschuß eine Stimme hat,
2. die Regierungen der Länder, in denen sich keine Landesausschüsse befinden,
3. die Mitglieder des Präsidiums einschließlich dessen Vorsitzenden,
4. die Mitglieder des Verwaltungsrates.

Behörden und juristische Personen sowie Persönlichkeiten, von denen eine Förderung der Aufgaben des Vereins zu erwarten steht, können auf Vorschlag des Präsidiums von der Mitgliederversammlung als Mitglieder aufgenommen werden.

Einzelne Personen, die sich um die hygienische Volksbelehrung hervorragend verdient gemacht haben, können auf Vorschlag des Präsidiums von der Mitgliederversammlung zu Ehrenmitgliedern mit Stimmrecht ernannt werden.

Die Mitgliedschaft verpflichtet zu keinerlei Beiträgen.

Die Mitgliedschaft geht verloren durch Austritt oder durch Ausschluß. Die Regierungen der Länder, in denen sich kein Landesausschuß befindet, verlieren die Mitgliedschaft, sobald ein Landesausschuß gebildet wird, es sei denn, daß die Mitgliederversammlung etwas anderes bestimmt.

Das Ausscheiden aus dem Präsidium oder dem Verwaltungsrat hat auch das Ausscheiden als Mitglied zur Folge.

Der Austritt der Mitglieder ist jederzeit zulässig. Mitglieder, die wiederholt gegen wesentliche Interessen des Reichsausschusses verstoßen haben, können durch den Verwaltungsrat von der Mitgliedschaft ausgeschlossen werden. Berufung an die Mitgliederversammlung ist zulässig.

§ 9.

Die Mitgliederversammlung bestimmt im Rahmen des § 2 die Aufgaben des Vereins, setzt den vom Präsidium aufgestellten Haushaltsplan fest, nimmt den Rechenschaftsbericht entgegen und erteilt dem Präsidium und dem Vorstand Entlastung. Sie entscheidet überhaupt über alle Fragen, soweit sie nicht den anderen Organen zugewiesen sind. Sie wird jedes Jahr mindestens einmal vom Vorstande durch schriftliche Einladung der Mitglieder unter Bezeichnung des Gegenstandes der Beschlußfassung berufen. Außerdem dann, wenn das Interesse des Vereins es erfordert. Die Mitgliederversammlung ist auch zu berufen, wenn der zehnte Teil der Mitglieder die Berufung unter Angabe des Zweckes und der Gründe schriftlich verlangt.

Die Landesausschüsse, Regierungen, Behörden und Körperschaften entsenden zur Mitgliederversammlung, wenn sie nicht schon im Präsidium oder Verwaltungsrat vertreten sind, je einen Vertreter.

Beschlüsse der Mitgliederversammlung über die Aufnahme neuer Mitglieder, über die Ernennung von Ehrenmitgliedern und über Satzungsänderungen können nur mit einer Mehrheit von zwei Dritteln der erschienenen Mitglieder gefaßt werden ((und bedürfen, sofern die Satzungsänderungen den Charakter des Vereins ändern, der Zustimmung des Reichsministeriums des Innern)). Alle übrigen Entscheidungen werden vorbehaltlich der Bestimmung des § 11 der Satzung mit einfacher Stimmenmehrheit getroffen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Nach § 7 der Satzung zugezogene Sachverständige haben beratende Stimme. Zur Beurkundung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung genügt eine von dem Vorsitzenden und dem ärztlichen Geschäftsführer des Präsidiums unterzeichnete Niederschrift, welche Tag und Jahr, Angabe des Ortes und des Leiters der Versammlung sowie die gefaßten Beschlüsse, Zahl der erschienenen Mitglieder, Abstimmungsergebnis, Feststellung der rechtzeitigen Einladung, enthält.

§ 10.

Die Mitgliederversammlung ist beschlußfähig, wenn die schriftlichen Einladungen mit der Tagesordnung zwei Wochen vor der Versammlung verschickt worden sind. Beim Verwaltungsrat beträgt die Einladungsfrist eine Woche. Auswärtige Mitglieder können sich vertreten lassen. Schriftliche Abstimmungen sind zulässig, falls kein Widerspruch erhoben wird. Für die schriftliche Abstimmung gelten die Bestimmungen des § 9 der Satzung. Anträge an die Mitgliederversammlung müssen mindestens acht Tage vor dem anberaumten Sitzungstermin schriftlich dem Präsidium vorliegen.

§ 11.

Eine Auflösung des Vereins kann von der Mitgliederversammlung nur dann beschlossen werden, wenn in der betreffenden Sitzung wenigstens die Hälfte aller Mitglieder zugegen ist, und wenn sich von diesen mindestens zwei Drittel für die Auflösung aussprechen. Liegt Beschlußunfähigkeit vor, so ist eine erneut einzuberufende Versammlung ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlußfähig, sofern in der Einladung hierauf aufmerksam gemacht worden ist.

Das bei der Auflösung des Vereins etwa verbleibende Vermögen ((muß für gemeinnützige Zwecke verwandt werden)). Über seine Verwendung entscheidet das Präsidium ((mit Zustimmung des Reichsministeriums des Innern))."

Die durch doppelte Klammern markierten Zusätze in der Satzung waren notwendig, um die Gemeinnützigkeit des Reichtsausschusses für hygienische Volksbelehrung zu unterstreichen.

392. (96), S. 4.

393. Folgende Jahrgänge waren auffindbar: (59), (60), (61).

Zur Demonstration der Vielfalt der beteiligten Organisationen und Behörden:

Inhaltsverzeichnis des Berichtes des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung über das Geschäftsjahr 1929/30:

"Vorwort.

Die Tätigkeit des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Die Tätigkeit der Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung und der Provinzialausschüsse für hygienische Volksbelehrung in Preußen.

I. Preußen.

1. Ostpreußen.

2. Brandenburg.

3. Berlin.

4. Pommern.

5. Grenzmark Posen-Westpreußen.

6. Niederschlesien.

7. Oberschlesien.

8. Sachsen.

9. Schleswig-Holstein.

10. Hannover.

11. Westfalen.

12. Hessen-Kassel.

13. Nassau-Wiesbaden.

14. Rheinprovinz.

II. Bayern.

III. Sachsen.

IV. Württemberg (mit Hohenzollern).

V. Baden.

VI. Thüringen.

VII. Hessen.

VIII. Hamburg.

IX. Mecklenburg-Schwerin.

X. Oldenburg.

XI. Braunschweig.

XII. Anhalt.

XIII. Bremen.

XIV. Lippe-Detmold.

XV. Lübeck.

XVI. Mecklenburg-Strelitz.

XVII. Schaumburg-Lippe.

Die Tätigkeit der sozialhygienischen Reichsfachverbände und verwandter Organisationen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

1. Die Tätigkeit des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
2. Die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
3. Die Tätigkeit der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit) und der Deutschen Gesundheitsfürsorgeschule auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
4. Die Tätigkeit der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
5. Die Tätigkeit des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
6. Die Tätigkeit des Deutschen Hygiene-Museums auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
7. Die Tätigkeit des Deutschen Roten Kreuzes auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
8. Die Tätigkeit des Arbeiter-Samariter-Bundes auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
9. Die Tätigkeit des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in den Schulen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
10. Die Tätigkeit der Hygiene-Akademie Dresden auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
11. Die Tätigkeit des Deutschen Bundes für Volksaufartung (!) und Erbkunde auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
12. Die Tätigkeit des Deutschen Zentralkomitees zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

Die Tätigkeit der Versicherungsträger auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

1. Die Tätigkeit des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
2. Die Tätigkeit des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
3. Die Tätigkeit des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenkassen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
4. Die Tätigkeit des Verbandes zur Wahrung der Interessen der Deutschen Betriebskrankenkassen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

5. Die Tätigkeit der Innungskrankenkassen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
6. Die Tätigkeit des Verbandes kaufmännischer Berufskrankenkassen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
7. Die Tätigkeit der Reichsknappschaft auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
8. Die Tätigkeit der Landesversicherungsanstalten auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.
9. Die Tätigkeit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

Anhang.

Die Tätigkeit der privaten Lebensversicherungsgesellschaften auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung.

Anlagen:

- 1 Zusammensetzung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.
- 2 Zusammensetzung der Geschäftsstelle des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung. "

Zusammensetzung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Ehrenmitglieder des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung

Ministerialdirektor im Reichsministerium des Innern Dr. Dammann

Präsidium des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.
Das Präsidium des Reichsausschusses setzt sich zusammen aus dem Vorsitzenden, Geh. Reg.-Rat. Dr. Hamel, Präsident des Reichsgesundheitsamts,

Ministerialrat Prof. Dr. Taute, Vertreter des Reichsministeriums des Innern,

Ministerialdirektor Dr. Schopohl, Vertreter des Landesauschusses für hygienische Volksbelehrung in Preußen,

Prof. Dr. Rott, Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der sozialhygienischen Reichsfachverbände,

Dr.med. Schneider, Vertreter des Deutschen Ärztevereinsbundes,

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Thiele, Vertreter des Deutschen Hygiene-Museums,

Prof. Dr. Adam, Generalsekretär des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Verwaltungsrat des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung.

Außer den Mitgliedern des Präsidiums gehören dem Verwaltungsrat

an

das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose,
die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechts-
krankheiten,
die Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz,
die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge,
der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus,
die Lingner-Stiftung;
ferner sind in ihm zurzeit
4 Landesausschüsse (Preußen, Bayern, Sachsen, Hamburg) und
2 preußische Provinzialausschüsse (Ostpreußen, Hannover) sowie
die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte,
das Deutsche Rote Kreuz,
der Deutsche Medizinalbeamten-Verein,
der Deutsche Verein der ärztlichen Kommunalbeamten vertreten.

Als persönliche Mitglieder gehören ihm zurzeit an
Ober-Reg.-Rat Dr. Wiedel,
Ober-Reg.-Rat Prof. Dr. Möllers,
Rektor Friedrich Lorentz.

Die Mitglieder des Reichsausschusses für hygienische Volksbe-
lehrung.

Außer den Mitgliedern des Präsidiums und des Verwaltungsrats,
die als solche Mitglieder des Reichsausschusses sind, gehören
ihm als Mitglieder an

alle Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung,
das Reichsarbeitsministerium,
das Reichspostministerium,
das Reichsverkehrsministerium,
das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt,
das Badische Ministerium des Innern,
das Reichsversicherungsamt,
der Hauptverband deutscher Krankenkassen,
der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands,
die Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene,
das Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen,
der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege,
der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege,
der Deutsche Veterinärerrat,
die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene,
der Deutsche Bund für Volksaufartung und Erbkunde,
der Deutsche Verband für psychische Hygiene,
die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder,
der Arbeiter-Samariter-Bund,
der Allgemeine Deutsche Gewerkschaftsbund,
die Vereinigung deutscher Arbeitgeberverbände,
der Reichsverband deutscher Hausfrauenvereine,
der Reichsverband landwirtschaftlicher Hausfrauenvereine,
die Reichsvereinigung deutscher Hausfrauen,

der Deutsche Verband der Sozialbeamtinnen,
die Deutsche Zentrale für Gesundheitsdienst der Lebensversicherung.

Als persönliche Mitglieder gehören dem Reichsausschuß an
Dr. Alfons Fischer, Geschäftsführer des Landesausschusses
für hygienische Volksbelehrung in Baden,
Präsident Reg.-Rat Dr. Seiring, geschäftsführender Direktor
des Hygiene-Museums,
Verwaltungsdirektor Unger, geschäftsführendes Vorstandsmitglied
des Reichsverbandes der deutschen Landkrankenassen,
Prof. Dr. Vogel, wissenschaftlicher Direktor des Deutschen
Hygiene-Museums,
Prof. Dr. Weisbach, Direktor der Hygiene-Akademie in
Dresden.
(60), S. 207-210.

Zusammensetzung der Geschäftsstelle des Reichsausschusses für
hygienische Volksbelehrung E.V.
Anschrift: Berlin NW 6, Luisenplatz 2-4,
Telefon: D 1 Norden 2414,
Postscheckkonto: Berlin 31935.
Generalsekretär: Prof. Dr. Adam,
Stellvertreter des Generalsekretärs: Dr. Christiansen,
Referent für die schulhygienischen Angelegenheiten: Rektor
Lorentz,
Referent für Presseangelegenheiten: Dr. Kayser,
Referent für Filmangelegenheiten: Dr. Thomalla,
eine Photographin,
fünf Bürokräfte.
(60), S. 210.

394. Sozialhygienische Reichsfachverbände:
das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose,
die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechts-
krankheiten,
die Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz,
die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge,
der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus,
die Deutsche Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus.
(52):3 (1928) S. 117.
395. (63), S. 82 f.
396. (52):6 (1931) S. 164.
397. (58), S. 374 u. (70).
398. So ADAM auf der Jahresversammlung des Reichsausschusses für
hygienische Volksbelehrung 1928 in Weimar.
(52) : 3 (1928) S. 118.

399. (52) : 3 (1928) S. 117 u. z.B. (61), S. 11.
400. (70).
401. (60), S. 10. Zeichnungswettbewerb in Schulen und (57), Allgemeiner Teil, S. 115.
402. Z.B. 88. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Innsbruck 21. bis 27. September 1924.
Bericht von L. Pincussen, Berlin.
Med.Klin. 26 (1924) S. 1713.
403. (52) : 3 (1928) S. 121.
404. An gesetzlichen Voraussetzungen für die Durchführung der hygienischen Volksbelehrung auf dem Lande erwähnt Obermedizinalrat Dr. Rüdel auf der Tagung des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung 1928 in Weimar folgendes:
Vom Gesichtspunkt der obersten Verwaltungsbehörden aus ermöglichte die bestehende Gesetzgebung schon jetzt die Durchführung der hygienischen Volksbelehrung auf dem Lande. Sie galt als Vorbeugemaßnahme.
Im Bürgerlichen Gesetzbuch: Mietrecht, Dienstvertrag, Seuchengesetze, Wohlfahrtsgesetze, Reichsfürsorgeverordnung, Gesetz über die Gesundheitsfürsorge in der RVO, Reichsgewerbeordnung, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten u. a. :
"alle atmen den Geist der Vorbeugung und geben uns die gesetzliche Grundlage zur hygienischen Volksbelehrung ... pflichtmäßig".
(52) : 3 (1928) S. 118 f.
405. (63), S. 84.
406. (61), S. 9.
407. (61), S. 11.
408. (65), Vorwort.
409. (59), S. 7.
410. (61), S. 11.
411. (60), S. 10.
412. (60), S. 7-9 u. (61), S. 17.

413. (56), S. 193.

414. 1929 wurde im Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung über die Organisation von Vorträgen in Vereinen und Gewerkschaften diskutiert.

(60), S. 29.

1930 kam in der Besprechung der Geschäftsführer der Landes- und Provinzial-Ausschüsse für hygienische Volksbelehrung die Veranstaltung von hygienischen Aufklärungsvorträgen auf Gewerkschaftsversammlungen und nach jahrelangen Versuchen erneut die hygienische Belehrung der Erwerbslosen zur Sprache.

(61), S. 47.

Seit zwei Jahren waren vom Badischen Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge gemeinsam mit dem Landesauschuß für hygienische Volksbelehrung in Baden schon eine Reihe von solchen Aufklärungskursen für Erwerbslose veranstaltet worden.

Auch im Winter 1929/30 sind von den Arbeitsämtern verschiedene Vorträge für jugendliche Erwerbslose durchgeführt worden. Der Reichsausschuß hatte sich bereiterklärt, Lichtbilder und Filme zur Demonstration zur Verfügung zu stellen.

(61), S. 29 u. S. 31.

1927 wurden in Sachsen Erwerbslose in 8-14tägigen Kursen in praktischer und theoretischer Gesundheitspflege unterwiesen.

(52) : 2 (1927) S. 310.

415. (56), S. 193.

416. (56), S. 193 f.

417. (56), S. 193.

418. (56), S. 194.

419. Ebd.

420. (56), S. 194 u. (52) : 2 (1927) S. 342 f.

421. (56), S. 194.

422. Ebd.

423. (53). Weitere ähnliche Werke: (51) und Neubearbeitung (65).

424. (56), S. 194.
425. (53), S. 25-32, S. 32.
426. (51).
427. (65).
428. (66).
429. (70).
430. (49).
431. Z.B. (59), S. 11.
432. KAYSER in (52) : 3 (1928) S. 187.
433. (59), S. 15.
434. (59), S. 19.
435. (52) : 3 (1928) S. 188.
436. Ebd.
437. (59), S. 17 u. (61), S. 21.
438. (60), S. 14 f. u. (52) : 3 (1928) S. 188 f. u. (61), S. 21.
439. (59), S. 18.
440. (52) : 3 (1928), S. 188.
441. Z.B. (52) : 3 (1928) S. 188 u. (59), S. 15.
442. (60), S. 12.
443. (59), S. 11 u. (60), S. 21.
444. (60), S. 21.
445. (63), S. 85.
446. (59), S. 11.
447. (58), S. 375 f.
448. (59), S. 23.
449. (59), S. 23 f. u. (60), S. 25.
450. (59), S. 24.
451. Diese Filme waren:
1. Geißel der Menschheit (Geschlechtskrankheiten-Film),
 2. Seine Majestät das Kind (Säuglingspflege-Film),
 3. Des Menschen Zähne und ihre Pflege.
- (61), S. 23.
452. (61), S. 23 ff.
453. (59), S. 12 u. (60), S. 22.

454. (61), S. 19.
455. (61), S. 33.
456. (60), S. 9.
457. (60), S. 9 u. (61), S. 18.
458. (63), S. 85.
459. (59), S. 10 u. (60), S. 11.
460. (60), S. 20.
461. (52) : 2 (1927) S. 310.
462. (59), S. 22 u. (60), S. 20.
463. (59), S. 22 u. (60), S. 18.
464. Heft 1: Organisation der Lehrgänge für Lehrer und Lehrerinnen in Mecklenburg-Schwerin. (Vortrag des Vorsitzenden des Landes ausschusses für hygienische Volksbelehrung in Mecklenburg-Schwerin, Ministerialrat Dr. Marung, auf der Sitzung der Geschäftsführer der Landes- und Provinzialausschüsse für hygienische Volksbelehrung in Münster [Westfalen].)
(60), S. 17.
465. Heft 2: Die Frau und Mutter als Hüterin der Gesundheit.
(Vortrag von Prof. Dr. Besserer auf der gemeinsamen Tagung des Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung in Preußen und des Provinzialausschusses für hygienische Volksbelehrung in Münster [Westfalen] und Ausführungen von Vertreterinnen der Frauenverbände im Anschluß an den Vortrag.)
(60), S. 17 f.
466. Heft 3: Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung.
(60), S. 18.
467. Heft 4: Möglichkeiten und Wege für die Mitarbeit der Fürsorgerin an der hygienischen Volksbelehrung. (Verfaßt von der Landesfürsorgerin Brandt-Merseburg.)
(61), S. 39.
468. Heft 5: Die hygienische Volksbelehrung auf dem Lande. (Vortrag des Geschäftsführers des Landesausschusses für hygienische Volksbelehrung in Bayern, Medizinalrat Dr. Seiffert, auf der Haupttagung des Reichsausschusses und der Landesausschüsse

für hygienische Volksbelehrung in Bayern am 30. Mai 1931 in Nürnberg.)

(61), S. 39.

69. Hygiene-Lehrbücher: (53), (51) u. (65), (66), (70).

70. (52).

Vom 3. Jahrgang (1928) an hieß es im Untertitel zusätzlich "Mitteilungsorgan des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung, des Deutschen Hygiene-Museums und der Hygiene-Akademie Dresden". Vom 2. Jahrgang an, also seit 1927, brachte es schon laufend die amtlichen Mitteilungen des Reichsausschusses und berichtete über die Arbeit des Deutschen Hygiene-Museums sowie "überhaupt über alle wichtigen praktischen Leistungen auf dem Gebiete der hygienischen Volksbelehrung im In- und Ausland und ihre theoretischen Grundlagen".

Zuletzt im April 1927 erschienen die rein geschäftlichen Mitteilungen des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung in einer besonderen Beilage, "während sich der Meinungsaustausch über Fragen von allgemeiner Wichtigkeit in der Zeitschrift selbst vollziehen" sollte.

Seit Mai 1927 erschienen dann auch die Benachrichtigungen im laufenden Text.

71. Nr. 1 am 15.4.1932 erschienen.

(61), S. 37.

72. (52) : 6 (1931).

73. (60), S. 16 f. u. (61), S. 37.

74. (61), S. 8.

75. (60), S. 24.

76. Der Reichsausschuß regte an, an den Haltestellen der Autoschienen, an Anfangs- und Endstationen der elektrischen Bahnen und anderen geeigneten Orten "Häuschen zu errichten, die Schutz gegen Kälte und Regen bieten und außerdem Erfrischungsräume für Kraftwagen- und Straßenbahnführer enthalten". In der Umgebung der genannten Plätze sollten "Restaurants alkoholfreie Getränke bereithalten". Pächter der Bahnhofswirtschaften

waren verpflichtet, alkoholfreie Getränke zu mäßigen Preisen anzubieten. Die Reichsbahndirektionen wurden von seiten der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaften sogar ersucht, einzuwirken, daß in den Kantinen überhaupt keinerlei alkoholhaltige Getränke abgegeben wurden. "Bei der Erteilung von Konzessionen für Tankstellen könnte evtl. die Errichtung derartiger Erfrischungsräume zur Bedingung gestellt werden." Durch das Bereithalten schmackhafter, bekömmlicher alkoholfreier Ersatzgetränke sollte so also der Verführung zum Alkoholmißbrauch der im Verkehrsgewerbe Tätigen während ihrer Dienststunden wirksam entgegen getreten werden.

(60), S. 22 f.

477. So hat ADAM z.B. an der 17. Hauptversammlung des Verbandes zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen am 17. u. 18. Juni 1930 in Frankfurt (Main) u. an der Tagung des Gesamtverbandes der Krankenkassen Deutschlands in Köln am 21. u. 22. Juni 1930 teilgenommen und auf beiden Tagungen einen Vortrag über das Thema "Die Aufgaben und Bedeutung der hygienischen Volksbelehrung" gehalten. Vom 17. bis 19. August 1930 nahm er an der Tagung des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen in Dresden teil. Auf der Tagung der Preußischen Zahnärztekammer am 9. u. 10. Februar 1931 hatte er ebenfalls Gelegenheit, einen Vortrag über die Bedeutung der hygienischen Volksbelehrung zu halten. Am 13. November 1930 hielt er, einer Einladung des Central Council for Health Education folgend, in London auf dessen Tagung einen Vortrag über die gesundheitliche Belehrung in den Schulen Deutschlands.

(61), S. 44.

478. Gesundheitswochen in England.
Allgemeine Gesundheitswoche und Kindergesundheitswoche.
(52) : 1 (1926) S. 3-8 u. 16-20.

479. (57).

480. (57), Allgemeiner Teil, Vorwort.
481. Ebd.
482. (57), Allgemeiner Teil, Gesundheitssicherung - eine Aufgabe der Krankenkasse. Von H. Lehmann, Vorsitzender des Hauptverbandes Deutscher Krankenkassen, S. 118 f., S. 119.
483. (57), Allgemeiner Teil, Aufruf zur Reichsgesundheitswoche, S. 112 f.
484. (57), Allgemeiner Teil, Richtlinien für die Veranstaltung einer Reichsgesundheitswoche (R.G.W.), S. 113-116, S. 114.
485. An der Reichsgesundheitswoche arbeiteten mit:
Kommunal- und Kreisärzte, behördliche Stellen, Unterorganisationen der sozialhygienischen Fachverbände, Versicherungsträger, Ärzte, Lehrer, Geistliche, Fürsorgerinnen, Das Rote Kreuz, Frauenverbände und Samariter, Wohlfahrtsverbände, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, Arbeitersamaritervereine, Frauen- und Hausfrauenvereine, Landbund, Verkehrsorganisationen, Sportverbände, Jugendverbände, Presse, Film, Rundfunk sowie Verkehrsmittel.
- (57), Allgemeiner Teil, Richtlinien für die Veranstaltung einer R.G.W., S. 113-116, S. 114.
- Spitzenbehörden, sozialhygienische Reichsfachverbände, Reichs- und Landbund, Das Rote Kreuz, Ärzte- und Tierärzteschaft, Lehrerschaft, Krankenkassenverbände, evangelische und katholische Kirche, Hausfrauenvereine, Spitzenverbände der Apotheker und Drogisten haben der Idee des geplanten Gesundheitsfeldzuges zugestimmt und ihre Mitarbeit und Unterstützung zugesagt.
- (52) : 2 (1927), Landgesundheitswoche 1927, S. 191 f., S. 192.
486. (57), Allgemeiner Teil, S. 114 f.
487. (57), Allgemeiner Teil, Vorwort.
488. (57), Allgemeiner Teil, S. 116.
489. (57), Allgemeiner Teil. Die finanzielle Mitwirkung der Krankenkassen bei der Reichsgesundheitswoche, S. 118.

490. (57), Allgemeiner Teil, S. 118 f.
491. (52) : 2 (1927) S. 191.
492. Ebd.
493. (55), S. 671 u. (52) : 2 (1927) S. 191.
494. (55), S. 671.
495. Hilfsmittel, die vom Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung zur Durchführung der Gesundheitswoche hergestellt worden waren:
1. Das "Gesundheitsheftchen",
 2. "Ratschläge für die Gesundheitspflege auf dem Lande",
 3. Ein illustriertes "Fliegen-Merkblatt",
 4. Belehrungsschrift über Fliegenbekämpfung, vom Deutschen Hygiene-Museum,
 5. Eine Lichtbildreihe "Die Fliegenplage - eine Gesundheitsgefahr",
 6. Illustrierte Postkarten.
496. (52) : 2 (1927) S. 192.
497. (52) : 2 (1927), Der Gesundheitsfeldzug 1927, S. 215-218, S. 218.
498. (55), S. 672.
499. Ebd.
500. Ebd.
501. (58), S. 377.
502. LINGNER, Karl August (1861-1916), Dr. med. h. c., Wirkl. Geh. Rat, Großindustrieller, aus kleinsten Anfängen herrschende Stellung innerhalb der Dresdner chemischen Industrie.
503. (58), S. 379.
504. (58), S. 379 f.
505. Der Vorstand hatte die Leitung des Vereins in Händen. Ihm gehörten Vertreter des Reiches, des sächsischen Staates und der Stadt Dresden an. Vorsitzender war der Oberbürgermeister von Dresden, BLÜHER.
- Ein Vorstandsrat unterstützte den Vorstand, ihm gehörten ebenfalls Vertreter des Reiches (Reichsministerium des Innern, Reichsarbeitsministerium) sowie auch der Länder, (z. B. preußi-

sches Wohlfahrtsministerium) soweit sie Mitglieder des Museums waren, Vertreter der Stadt Dresden, der Hochschulen, der wissenschaftlichen Institute (z.B. das preußische Institut für Infektionskrankheiten "Robert Koch"), des Städtetages, des Deutschen Ärztevereinsbundes, der Versicherungsträger, der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege an.

Vorsitzender war hier SUDHOFF, Leipzig. Er war langjähriger Mitarbeiter LINGNERS gewesen und hatte die Historische Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung im Jahr 1911 in Dresden geschaffen.

Stellvertretende Vorsitzende waren HAMEL und WEBER.

Ein wissenschaftlicher Beirat unterstützte die Museumsleitung; ihm gehörten Fachleute aller im Deutschen Hygiene-Museum vertretenen Arbeitsgebiete an.

(58), S. 377 f.

506. Vorher, als während der Inflationszeit die Existenz des Museums bedroht gewesen war, hatte sich die Leitung zu einer wirtschaftlichen Nutzung der Erfahrungen des Betriebes entschlossen. Die Lehrmittelabteilung mußte Duplikate vorbildlichen Anschauungsmaterials für den Verkauf herstellen. Organisatorisch arbeitete diese Abteilung unabhängig vom Museum; die Erträge flossen aber dem Museum zur Deckung der laufenden Ausgaben und damit zur eigenen Erhaltung zu.

(58), S. 379.

507. (58), S. 380.

508. (58), S. 390.

509. (58), S. 391.

510. Vom Haupteingang aus hatte man zu allen Abteilungen Zugang. Die Mitte wurde vom Eingangsraum mit allen seinen Nebenräumen und Treppen eingenommen. Darüber lagen Räumlichkeiten und Säle für Vorträge, Kurse und andere Veranstaltungen. Seitliche Flügelbauten:

Im rechten Flügel befanden sich unten die Werkstätten, die

bis unter die Museumsräume sich ausdehnten; darüber die Hauptverwaltung.

Im linken Flügel war unten die Bücherei aufgestellt; außerdem befanden sich hier ein Gymnastiksaal, Bäder sowie Wohnungen für Heizer und Pfortner. Darüber lag die wissenschaftliche Leitung des Museums und der Akademie, außerdem der Lesesaal und einige Räume für wechselnde Ausstellungen.

Ein dritter Bauteil erweiterte sich in Richtung der Achse nach rückwärts, umschloß den Haupthof der Baugruppe von 3 Seiten. Dieser Teil enthielt den größten Teil der Museumsräume und in der Mitte des Erdgeschosses im rückwärtigen Teil, nach dem Gartenhof gelegen, einen Erfrischungsraum.

Ein besonderer Bauteil lag unmittelbar hinter der Eingangshalle. Von dieser zugänglich war im vorderen Teil des großen Hofes ein eingeschossiger Bau in einem kleinen Zierhof errichtet, der die Räume für die Abteilung "Der Mensch" enthielt. (58), S. 390 f.

511. (58), S. 389.

512. (58), S. 388.

513. (58), S. 392.

514. (58), S. 382 f.

515. (58), S. 382.

516. Das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden.
(58), S. 377-392, S. 384.

517. (58), S. 384.

518. (59), S. 8.

519. (52) : 3 (1928) S. 121.

520. (59), S. 26.

521. (59), S. 13.

522. (61), S. 43 u. (60), S. 21.

523. (52) : 3 (1928) S. 122.

524. (58), S. 384.

525. (58), S. 387.

526. Ebd.

- 527. (58), S. 381.
- 528. (58), S. 382.
- 529. (58), S. 385.
- 530. (58), S. 386.
- 531. Ebd.
- 532. (58), S. 387.
- 533. (58), S. 389.

E. LITERATUR ^{†)}

Arbeiten von Curt ADAM.

1. Die Behandlung der Leistenbubonen.
Med.Diss., Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin, 1903.
2. Über normale und anomale Netzhautlokalisation bei Schielenden.
Zschr.Augenhk., Berlin 16 (1906) S. 110-128.
3. Eine neue Behandlungsmethode der Augen-Blenorrhoe der Erwachsenen.
Zbl.prakt.Augenhk. 31 (1907) S. 329.
4. Eine neue Behandlungsmethode der Blenor(r)hoea adulatorum mittels Bleno-Lenicetsalbe.
Münch.med.Wschr. 54 (1907) S. 2132-2134.
5. Über eine neue Behandlungsmethode der Blenorhoea adulatorum.
Ber.Dtsch.Ophthalm.Ges. 35 (1908) S. 291 f.
6. Über die Behandlung der Augenblenorhoe bei Erwachsenen und Kindern mittels der Bleno-Lenicet-Salbe.
Therap.Mhefte, Berlin 22 (1908) S. 114-117.
7. Weitere günstige Erfahrungen über die Behandlung der Blenorhoea adulatorum (!) mittels Bleno-Lenicetsalbe.
Münch.med.Wschr. 55 (1908) S. 559 f.
8. Sehnerven-Verletzungen.
Zbl.prakt.Augenhk. 32 (1908) S. 330.
9. Therapeutisches Taschenbuch für die Augenpraxis.
Berlin, Wien 1909.

^{†)} Bei den Originalarbeiten von ADAM ist der Verfasser nicht genannt. Alle nicht allein von ADAM verfaßten, nur redigierten oder herausgegebenen Arbeiten tragen den entsprechenden Zusatz.
Nr. 74 hat als Hrsg. keinen Personennamen.

10. Taschenbuch der Augenheilkunde für Ärzte und Studierende.
Berlin, Wien 1909.
11. Studium über absolute Lokalisation und sogenannte "paradoxe
Doppelbilder" bei Schielenden.
Zschr. Augenhk., Berlin 22 (1909) S. 483-492.
12. Zur Mechanik der orbitalen Schußverletzungen.
Zbl. prakt. Augenhk. 33 (1909) S. 78 f.
13. Über lichtgebende und lichtempfindliche Organe.
Habilitationsschrift, Berlin 1910.
14. Über das gonorrhoeische Hornhautgeschwür.
Münch. med. Wschr. 57 (1910) S. 1552-1554.
15. Die Berliner Ophthalmologie seit 100 Jahren.
Med. Klin. 6 (1910) S. 1640 f.
16. Ueber Entstehung und Behandlung des Schielens.
Med. Klin. 7 (1911) S. 1963-1967.
17. Mechanik und Wirkung der orbitalen Querschußverletzungen.
Zschr. Augenhk., Berlin 26 (1911) S. 1-14 u. 129-146.
18. Über die Wirkung und Mechanik orbitaler Schußverletzungen.
Zbl. prakt. Augenhk. 35 (1911) S. 139 f.
19. Julius v. Michel †.
Med. Klin. 7 (1911) S. 1602 f.
20. Über Augenveränderungen bei der Eklampsie.
Ber. Dtsch. Ophthalm. Ges. 37 (1911) S. 199 f.
21. Ophthalmoskopische Diagnostik an der Hand typischer
Augenhintergrundsbilder.
Berlin, Wien 1912.
22. Über funktionelle Nachbehandlung nach Schieloperationen.
Zbl. prakt. Augenhk. 37 (1913) S. 111 u.
Zschr. Augenhk. Berlin 29 (1913) S. 480.

23. Briefe aus Belgrad.
Med.Klin. 9 (1913) S. 1315 f., 1356 f., 1398 f., 1439.
24. Die Cholera in Serbien.
Med.Klin. 9 (1913) S. 1572 f.
25. Über Augenveränderungen bei Schwangerschaft und Geburt.
Mschr.Geburtsh., Basel 39 (1914) S. 808-812 u.
Zschr.Geburtsh., Stuttgart 76 (1915) S. 623-628, Diskussion
S. 628-630.
26. Augenverletzungen im Kriege und ihre Behandlung.
Med.Klin. 10 (1914) S. 1705-1708, 1732-1734, 1756-1759,
1786-1789, 1817-1820 u. 11 (1915) S. 32-34 u. 67 f.
27. Augenverletzungen im Kriege und ihre Behandlung.
Mit einem Abriß über die Diagnose und Behandlung des
Trachoms.
Berlin, Wien 1914.
28. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung.
Hrsg. v.d.Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen
in Preußen und den Landeskomitees für das ärztliche Fort-
bildungswesen in Baden, Bayern, Braunschweig, Bremen,
Elsaß-Lothringen, Hamburg, Hessen, Lübeck, Sachsen,
Thüringen und Württemberg unter ständiger Mitwirkung von
O(ttmar) v. Angerer und F(riedrich) Kraus, redigiert von
C(urt) Adam ab 11 (1914).
29. Antwort auf Umfrage über die sympathische Ophthalmie im
Zusammenhang mit den Kriegsverletzungen des Auges.
Med.Klin. 11 (1915) S. 424.
30. Die Behandlung von Kriegsverletzungen und Kriegskrankheiten
in den Heimatlazaretten.
Erster Teil, 17 Vorträge, Jena 1915,
Zweiter Teil, 14 Vorträge, Jena 1916.
(Hrsg.vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen

in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)

31. Kriegsärztliche Vorträge.

Während des Krieges 1914-1915 an den "Kriegsärztlichen Abenden" in Berlin gehalten. Erster Teil, Jena 1915, 1914-1915 Zweiter Teil, Jena 1916, 1914-1916 Dritter Teil, Jena 1916, 1914-1917 Vierter Teil, Jena 1917, 1914-1917 Fünfter Teil, Jena 1918, 1914-1918 Sechster Teil, Jena 1919.

(Hrsg. vom Vorstand der Kriegsärztlichen Abende: Kirchner u. Paalzow; ab 2. Teil: Kirchner u. Schultzen; redigiert von C. Adam.)

32. Organisation des Invalidenwesens in Ungarn.

In: 31. Vierter Teil, S. 345-357 u. Med. Klin. 12 (1916) S. 939 f. u. Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 13 (1916) S. 647.

33. Die moderne Diagnostik und ihre Technik. Mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Methoden.

14 Vorträge, Jena 1915.

(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)

34. Psychologie und Psychiatrie.

14 Vorträge, Jena 1915.

(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)

35. Krankheiten des Säuglings- und Kindesalters.

13 Vorträge, Jena 1915.

(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)

36. Fortschritte in den physikalischen Behandlungsmethoden.

11 Vorträge, Jena 1915.

(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)

37. Seuchenbekämpfung im Kriege.
10 Vorträge, Jena 1915.
(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen
in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)
38. Fortsetzung der Aussprache über die ärztliche Unterbrechung
der Schwangerschaft.
Verh. Berl. Med. Ges. 48 (1917) T. 1, S. 210-212 u.
Med. Klin. 14 (1918) S. 148.
39. Künstliche Fehlgeburt und künstliche Unfruchtbarkeit vom
Standpunkt der Augenheilkunde.
In: PLACZEK, (Siegfried), (Hrsg.): Künstliche Fehlgeburt und
künstliche Unfruchtbarkeit. Ihre Indikationen, Technik und
Rechtslage.
Leipzig 1918, S. 291-325.
40. Die Bedeutung der Pupillenphänomene für den Versicherungsarzt.
Bl. Vertrauensärzte Lebensvers., München 9 (1918) S. 66-75,
Anmerkung der Redaktion, S. 76-78.
41. Dienstbeschädigung und Rentenversorgung.
17 Vorträge, Jena 1919.
(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen
in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)
42. Gesundheitsministerium in Staat und Reich.
(Vortrag Berl. med. Ges. 9.4.1919.)
Berliner klin. Wschr. 56 (1919) S. 437-440 u.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 16 (1919) S. 322-327 u. s. S. 247.
43. Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jahresbericht 1919/22 (Oktober 1919 bis April 1922) über das
ärztliche Fortbildungswesen im Deutschen Reiche.
Zsgest. von ADAM, (Curt) u. LOWIN, (Carl).
Naumburg a. d. S. [o. J.]
(G. Pätzsche Buchdruckerei Lippert u. Co. G. m. b. H.)

44. Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jahresbericht 1925/26 über das ärztliche Fortbildungswesen
im Deutschen Reiche.
Zsgest. von ADAM, (Curt) u. LOWIN, (Carl).
Zugleich Festschrift gelegentlich des 25jährigen Bestehens
des Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in
Preußen, Berlin 1926.
(G. Pätzsche Buchdruckerei Lippert u. Co. G.m.b.H.)
Naumburg a.d.S. [o.J.] .
45. Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jahresbericht 1928/30 über das ärztliche Fortbildungswesen
im Deutschen Reiche.
Zsgest. von ADAM, (Curt) u. LOWIN, (Carl).
(Lippert u. Co. G.m.b.H. [n. d.]) Naumburg (Saale) [o.J.] .
46. Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jahresbericht 1930/32 über das ärztliche Fortbildungswesen
im Deutschen Reiche.
Zsgest. von ADAM, (Curt) u. LOWIN, (Carl).
(Lippert u. Co. G.m.b.H. [n. d.]) Naumburg (Saale) [o.J.] .
47. Ein weiterer Beitrag zur Mechanik der orbitalen Querschuß-
verletzungen.
Ber.Dtsch.Ophthalm.Ges. 42 (1920) S. 262-268.
48. Die Psychologie und ihre Bedeutung für die ärztliche Praxis.
8 Vorträge, Jena 1921.
(Hrsg. vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen
in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von C. Adam.)
49. Wie erhalte ich mein Auge gesund und leistungsfähig?
Bl.Volksgesd.pfl., Velten 21 (1921) S. 18-20.
50. Über die Beziehungen zwischen Augenheilkunde und Bäder-
behandlung.
(Kurz referiert von Adam selbst in:)
Zschr. ärztl.Fortbild., Jena 19 (1922) S. 734.

51. Zus. mit LORENTZ, Fr(iedrich):
Gesundheitslehre in der Schule.
Leipzig 1923.
52. Hygienischer Wegweiser.
Zentralblatt für Technik und Methodik der Hygienischen
Volksbelehrung (ab 3 (1928) weiterer Untertitel:)
Mitteilungsorgan des Reichsausschusses für hygienische
Volksbelehrung, des Deutschen Hygiene-Museums und der
Hygiene-Akademie.
1 (1926) - 6 (1931).
Hrsg. zus. mit HAMEL, C(arl) u. VOGEL, (Rich.) M(artin).
Darin ADAM:
Gesundheitswochen in England.
Allgemeine Gesundheitswoche 1 (1926) S. 3-8.
Kindergesundheitswoche.
1 (1926) S. 16-20.
Landgesundheitswoche 1927.
2 (1927) S. 191 f.
53. Zus. mit ENGEL, (Hans) u. LORENTZ, (Friedrich):
Gesundheitslehre für die Fortbildungs-Berufs- und Fachschulen
(unter besonderer Berücksichtigung der Gewerbehygiene).
Allgemeiner Teil: Gesundheitslehre, Arbeitshygiene und
Unfallverhütung.
Leipzig 1926.
54. 25 Jahre Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen
in Preußen.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 23 (1926) S. 717 f.
55. Der Gesundheitsfeldzug 1927.
Aerztl. Mitt., Leipzig 28 (1927) S. 671 f.
56. Die Ausbildung und Fortbildung der Berufsschullehrer auf
gewerbehygienischem Gebiet.
Zbl. Gewerbehyg. Neue Folge 4 (1927) S. 193-195.

57. Die Reichsgesundheitswoche 1926.
Spezieller Teil. Leipzig 1927.
Allgemeiner Teil. Leipzig 1928.
58. Gesundheitswesen und soziale Fürsorge im Deutschen Reich.
Eine Sammlung von Ausarbeitungen und Leitsätzen für die von
der Hygiene-Organisation des Völkerbundes veranstaltete
Internationale Studienreise für ausländische Medizinalbeamte
in Deutschland 1927.
Hrsg. vom Reichsausschuß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Berlin 1928.
Darin ADAM:
Zum Geleit. S. V.
Leitsätze zum Vortrag: Die hygienische Volksbelehrung in
Deutschland (gehalten am 17. Oktober 1927 in Dresden).
S. 374-376.
Das ärztliche Fortbildungswesen in Deutschland. S. 393-404.
59. Bericht des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung
über das Geschäftsjahr 1928/29.
Hrsg. im Auftrage des Reichsausschusses für hygienische
Volksbelehrung von ADAM, C(urt). Berlin 1929.
Gedruckt in der Reichsdruckerei.
60. Bericht des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung
über das Geschäftsjahr 1929/30.
Hrsg. im Auftrage des Reichsausschusses für hygienische
Volksbelehrung von ADAM, C(urt). Berlin 1930.
Gedruckt in der Reichsdruckerei.
61. Bericht des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung
über die Jahre 1930 und 1931.
Hrsg. im Auftrage des Reichsausschusses für hygienische
Volksbelehrung von ADAM, C(urt). Berlin 1932.
Gedruckt in der Reichsdruckerei.

62. Wie New York die Diphtherie-Krankheit bekämpft.
Gesd. fürs. Kindesalter, Berlin 4 (1929) S. 345-357.
63. Die Hygienische Volksbelehrung und die Lehrerschaft.
Pädagogisches Zentralblatt 9 (1929) S. 82-86.
64. Harvardblätter für Marktforschung, Statistik, Wirtschafts-
und Konjunkturfragen.
1 (1930): Wirtschaft und Volksgesundheit.
Hrsg. zus. mit THOMALLA, C(urt).
Darin ADAM:
Volksgesundheit -- Volksbelehrung. S. 69-78.
65. Zus. mit LORENTZ, (Friedrich) u. METZNER:
Lehrbuch der Gesundheitspflege und der Gesundheitslehre
in der Schule.
Leipzig 1930.
66. Zus. mit LORENTZ, F(riedrich):
Gesundheit ist Lebensglück. Gedanken des Volksgesundheits-
lehrers Dr. Jakob Laurenz Sonderegger für Schule und Haus.
Berlin 1930.
67. Was tun die Ärzte für ihre Fortbildung?
Hess. Ärztebl. 5 (1930) S. 264 u. 266.
68. Rückblick auf die Geschichte der Berliner medizinischen
Gesellschaft.
Med.Klin. 26 (1930) S. 1806 f. u.
Verh.Berl.Med.Ges. 61 (1930) T. 2, S. 167-171.
69. Zum 70jährigen Bestehen der Berliner Medizinischen
Gesellschaft.
Med.Klin. 26 (1930) S. 1617.
70. Zus. mit KAYSER, C(urt):
Hygienische Tatsachen die man sonst nur mühsam findet,
Jena 1931.

71. Zum 25jährigen Jubiläum des Kaiserin Friedrich-Hauses.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 28 (1931) S. 137.
72. Die Jubelfeier des Kaiserin Friedrich-Hauses.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 28 (1931) S. 200 f.
73. Zus. mit LOWIN, (Carl):
Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen.
Festschrift anlässlich des 25jährigen Bestehens des Kaiserin
Friedrich-Hauses.
Naumburg 1931.
74. Führer durch das medizinische Berlin.
Hrsg. v. d. Berliner Akademie f. ärztl. Fortbild. Berlin, München.
[1934] (identisch mit [1935]).
Frühjahr (1936) u. Herbst (1936).
Frühjahr (1937) u. Herbst (1937).
Jg. (1938) = Herbst (1938).
Jg. (1939) = Ausgabe (1939).
Jg. (1941) = Ausgabe (1941).
75. Die ärztliche Pflichtfortbildung.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 32 (1935) S. 485 f.
76. Zum 75jährigen Jubiläum der Berliner Medizinischen
Gesellschaft.
Dtsch. med. Wschr. 61 (1935) S. 1778 f.
77. Ein augenärztliches Museum.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 33 (1936) S. 148-150,
Dtsch. Aerztebl. 66 (1936) S. 295 u.
Münch. med. Wschr. 83 (1936) S. 504.
78. Die Entwicklung des ärztlichen Fortbildungswesens in
Deutschland.
Dtsch. Aerztebl. 66 (1936) S. 17-22.

79. Einige Raritäten aus der augenärztlichen Ausstellung im Kaiserin Friedrich-Hause in Berlin.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 33 (1936) S. 203-205.
80. Bergmann und das ärztliche Fortbildungswesen.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 33 (1936) S. 713-715.
81. Normale und krankhafte Steuerung im menschlichen Organismus.
25 Vorträge, Jena 1937.
Zsgest. von C. ADAM.
82. Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der Krebskrankheiten.
47 Vorträge, Leipzig 1937.
Hrsg. zus. mit AULER.
83. Die natürliche Heilweise im Rahmen der Gesamtmedizin.
Vorträge, Jena 1938.
Hrsg. von C. ADAM.
84. BLOME, K(urt) u. ADAM, C(urt):
Bericht über den III. Internationalen Kongreß für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jena 1938.
Darin ADAM:
Fortbildungsmöglichkeiten für Ausländer in Deutschland.
S. 326-330.
Über den internationalen Austausch von Lehrern und Lernenden.
S. 340 f.
85. Über die Fortbildung in operativen Fächern (Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, operative Augenheilkunde, Ohrenheilkunde usw.).
Dtsch. Aerztebl. 68 (1938) S. 229 f.
86. Die Konstituierung der Internationalen Akademie für ärztliche Fortbildung.
Zschr. ärztl. Fortbild., Jena 35 (1938) S. 328 f.

87. BLOME, K(urt) u. ADAM, C(urt):
Bericht über die konstituierende Sitzung der Internationalen
Akademie für das ärztliche Fortbildungswesen.
Jena 1938.
88. Die Augenheilkunde unter Carl Ferdinand von Graefe und
Johann Friedrich Dieffenbach 1810 - 1847.
Sonderdruck u.
In: Das Universitätsklinikum in Berlin. Seine Ärzte und seine
wissenschaftliche Leistung 1810 - 1933.
Leipzig 1939, S. 134-145.
89. Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Gesunden und Kranken.
Vorträge, Leipzig 1939.
Hrsg. im Auftrage der Berliner Akademie (für ärztliche
Fortbildung) von C. Adam.
90. Die das Leben akut bedrohenden Erkrankungen auf dem Gebiete
der inneren Medizin und ihre Behandlung.
Vorträge, Jena 1939.
Hrsg. von C. Adam.
91. Individualpathologie. Die Konstitution des Einzelmenschen in
ihrer Bedeutung für Entstehung und Verlauf von Krankheiten.
Vorträge, Jena 1939.
Hrsg. zus. mit F(riedrich) Curtius.
92. Zur Geschichte des Kaiserin Friedrich-Hauses.
Dtsch. med. Wschr. 65 (1939) S. 767-769.
93. Ein Querschnitt durch die neueste Medizin (dargestellt von
ihren Schöpfern).
Eine Vortragsreihe, veranstaltet von der Berliner Akademie
für ärztliche Fortbildung, Berlin.
Jena 1940.
Hrsg. von Curt Adam.

Übrige benutzte Literatur:

94. BLOME, (Kurt):
25jähriges Jubiläum von Prof. Adam.
Zschr. ärztl.Fortbild., Jena 36 (1939) S. 1 f.
95. BLOME, Kurt:
Professor Dr. Adam zum Gedächtnis.
Zschr. ärztl.Fortbild., Jena 38 (1941)
Sonderblatt (zw. S. 28 u. 29).
96. RAMM, R.:
Curt Adam zum Gedächtnis.
(Vorgetragen in der Sitzung der Berl.Med.Ges. am 7.V.1941.
Verh.Berl.Med.Ges. 72 (1941) o.Pag. (S. 1-6.)
97. ZINN, W(ilhelm):
Curt Adam zum Gedächtnis.
Dtsch.med.Wschr. 67 (1941) S. 131.
98. LORENTZ, Friedrich:
Curt Adam in memoriam.
Berliner Gesd.bl. 1 (1950) S. 202 f.
99. ROTT, Fritz:
Curt Adam (1875 - 1941), ein Pionier der ärztlichen Fort-
bildung in Deutschland.
Dtsch.med.J. 4 (1953) S. 337 f.
100. Aschoff-Diepgen-Goerke: Kurze Übersichtstabelle zur
Geschichte der Medizin.
7.neubearbeitete Auflage, hrsg. v. Paul DIEPGEN u.
Heinz GOERKE.
Berlin, Göttingen, Heidelberg 1960.
101. GOERKE, H(einz):
Die Geschichte der Berliner Medizinischen Gesellschaft
1860 - 1960.
Festschrift 100 Jahre Berliner medizinische Gesellschaft,

Sonderheft Dtsch.med.J. (1960) S. 3-16.

102. GOERKE, Heinz:

Ernst von Bergmann und die ärztliche Fortbildung.
Dtsch.med.J. 12 (1961) S. 700-702.

103. FISCHER, I(sidor):

Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten
fünfzig Jahre (1880-1930).
Erster Band, S. 7.
München, Wien 1962.

104. Reichshandbuch der Deutschen Gesellschaft.

1. Band, S. 6.

Hrsg. v. Dtsch.Wirtschaftsverlag, Aktiengesellschaft Berlin.

Ungedruckte Quellen:

105. Ausführliche persönliche Auskünfte von Fräulein Stepke, bis
1945 Sekretärin des Kaiserin Friedrich-Hauses anlässlich einer
Rücksprache mit Professor Goerke am 13. März 1964.

Für die Überlassung des Themas und die weitere großzügige
Unterstützung danke ich Herrn Professor Dr. med. Dr. med. h. c.
H. Goerke herzlich.

LEBENS LAUF.

Am 8. September 1940 wurde ich als viertes Kind des Lehrers Gerhard Gillhoff und seiner Ehefrau Helene geb. Griem in Neustrelitz in Mecklenburg geboren.

1945 gingen wir auf die Flucht.

1947 wurde ich in der Dorfschule Quickborn im Kreis Lüchow-Dannenberg eingeschult, besuchte nach fünfjähriger Volksschulzeit ein Jahr die Mittelschule und anschließend das Neusprachliche Gymnasium in Lüchow in Niedersachsen. Am 9. März 1960 legte ich dort die Reifeprüfung ab.

Das anschließende Medizinstudium absolvierte ich an den Universitäten Tübingen, Göttingen (Vorphysikum 28. April 1961, Physikum 30. Oktober 1962) und seit dem Sommersemester 1963 an der Freien Universität Berlin, wo ich am 30. September 1966 das Staatsexamen bestand.

Als Medizinalassistentin war ich zuerst im Institut für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin beschäftigt, dann in der I. Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie Lübeck, in der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wilmersdorf und in der Städtischen Frauenklinik am Mariendorfer Weg in Berlin.

Seit dem 1. Januar 1969 arbeite ich auf der Abteilung für Lungen- und Bronchialkrankheiten im Evangelischen Waldkrankenhaus Berlin-Spandau als Assistenzärztin.



